

Voorlichting, de formule voor therapietrouw?

Een onderzoek naar de invloed van voorlichting op therapietrouw bij patiënten met totale knie- of heupartroplastiek die een profylactische behandeling krijgen



Voorlichting, de formule voor therapietrouw?

Een onderzoek naar de invloed van voorlichting op therapietrouw bij patiënten met totale knie-of heupartroplastiek die een profylactische behandeling krijgen

Afstudeeronderzoek



Datum: Mei 2017

Auteurs: E. Huizenga (1310313)
S.C. Marsman (1310517)
J.H. van Os (1310022)

Opleiding: Hoger beroepsonderwijs Verpleegkunde
Onderwijsinstelling: Hogeschool Viaa, te Zwolle
Begeleidend docent: A. Schep-Akkerman
Tweede beoordelaar: L. van Zalk-Buning

Onderzoeksinstelling: Isala te Zwolle, afdeling Orthopedie
Opdrachtgever: Drs. R. Rolink
Contactpersoon: Dr. C.C.P.M. Verheyen

© Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de opdrachtgevers.

Samenvatting

Vraagstelling

Dit onderzoek richt zich op de mate van therapietrouw bij de patiënt en de eventuele invloed van patiëntenvoorlichting op deze therapietrouw. Dit onderzoek is uitgevoerd op de afdeling orthopedie binnen het Isala ziekenhuis te Zwolle. De hoofdvraag binnen dit onderzoek betreft: *“Hoeveel procent van de patiënten die tussen september en december 2016 binnen het Isala te Zwolle een totale heup- of knieprothesiologie hebben ondergaan, is therapietrouw aan een profylactische behandeling en welke invloed heeft patiëntenvoorlichting hierop?”*

Aanleiding

Binnen het Isala is in maart 2016 gestart met een onderzoek naar de vermindering van postoperatieve wondinfecties na een totale heup- of knieprothesiologie, door een profylactische behandeling met antibiotica in de vorm van neuszalf (mupirocine) en een antibacteriële zeep (chloorhexidine). De naam van het onderzoek is als volgt: Mupirocine Prophylaxis Infection trial (MuPi-trial). De werking en de bruikbaarheid van deze profylactische behandeling is afhankelijk van de mate waarin patiënten therapietrouw zijn geweest aan de MuPi-trial. Daaruit afgeleid heeft het onderzoek als doel om te achterhalen hoeveel patiënten therapietrouw zijn geweest aan deze profylactische behandeling toebehorend aan de MuPi-trial. Het onderzoek is een vervolg op het onderzoek van Kamphof & Pleijsier (2016), waarbinnen de nadruk lag op welke intrinsieke en extrinsieke factoren een rol spelen binnen de therapietrouw bij een profylactische behandeling.

Methode

Binnen het onderzoek is allereerst een literatuurstudie gedaan naar het onderwerp therapietrouw en patiëntenvoorlichting als een mogelijk beïnvloedende factor. Vervolgens is er een praktijkonderzoek uitgevoerd aan de hand van een telefonische enquête die is uitgezet onder een onderzoeksgroep bestaande uit orthopedische patiënten die een totale knie- of heupartroplastiek hebben ondergaan en deel hebben genomen aan de MuPi-trial. De vragen binnen de enquête zijn voortgekomen uit gevalideerde meetinstrumenten: de MARS, BMQ, SAPS en USE. Deze telefonische enquête heeft zowel kwalitatieve als kwantitatieve gegevens opgeleverd. Het onderzoek zou in eerste instantie onder 80 tot 100 respondenten plaatsvinden, maar door een onverwachte onderbreking van de MuPi-trial betreft het uiteindelijke aantal respondenten 42. Tevens zijn er semigestructureerde interviews afgenomen bij de onderzoekend arts en de betrokken regieverpleegkundigen om het voorlichtingstraject betreffende de MuPi-trial inzichtelijk te krijgen.

Resultaten en conclusie

Uit de resultaten kan worden opgemaakt dat 34% van de respondenten uiteindelijk therapietrouw is geweest aan de profylactische behandeling met mupirocine en chloorhexidine. Daarnaast is gebleken dat binnen dit onderzoek, patiëntenvoorlichting weinig tot geen invloed heeft gehad op de mate van therapietrouw van de patiënt.

Aanbevelingen

Het conceptueel model dat binnen dit onderzoek is opgesteld, laat zien dat het voorlichtingstraject wel degelijk van invloed zou kunnen zijn op de mate van therapietrouw betreffende de patiënt. Daaruit afgeleid wordt aanbevolen om het voorlichtingstraject en het interne proces bij een eventuele doorstart van de MuPi-trial te herzien. Tevens wordt aanbevolen om het conceptuele model verder uit te werken, verder te onderbouwen en aan de hand daarvan een pilot te starten, met als doel zoveel mogelijk negatief beïnvloedende factoren rondom de voorlichting te kunnen ondervangen. Ten slotte wordt er aanbevolen om een vervolgonderzoek uit te voeren, welke het verband onderzoekt tussen de mate van therapietrouw en patiëntenvoorlichting. Het onderwerp voorlichting zal specifiekere uiteenzetting moeten worden om het verband tussen deze twee onderwerpen aan te kunnen tonen.

Abstract

Definition of the problem

This research is concerning the rate of patient adherence and the potential influence of patient education on this rate of patient adherence. This research is conducted at the orthopedic department at the Isala Hospital in the city of Zwolle within the Netherlands. The main question within this research is: *“Which percentage of patients that underwent a total hip or knee replacement between September and December 2016 at the Isala Hospital, is adherent to a prophylactic treatment and which influence does patient education have on this adherence?”*

Reason

During March 2016, a research within the Isala Hospital started, concerning the reduction of postoperative wound infections after a total hip or knee replacement when using an antibiotic ointment (mupirocine) and an antibacterial soap (chlorhexidine). This research is named the Mupirocin Prophylaxis Infection trial (MuPi-trial). The efficiency and usability of this prophylactic treatment depends on the rate of patient adherence with the MuPi-trial. Concluding from that, the main goal of the MuPi-trial is to determine the number of patients that are adherent to the prophylactic treatment belonging to the MuPi-trial. This research, concerning the influence of patient education on the adherence, is a follow-up on a research that was done by Kamphof & Pleijsier (2016), in which the main goal was to discover which intrinsic and extrinsic factors can be of influence on the patient adherence to a prophylactic treatment.

Method

Firstly, a literature review was conducted within this research, concerning the subject's patient adherence and patient education as a potential influencing factor. After that, a practical research using a telephonic survey was executed within a group of orthopedic patients, that underwent a total knee or hip replacement and participated within the MuPi-trial. The type of questions within this survey, originated from a group of validated instruments: the MARS, BMQ, SAPS and the USE. This telephonic survey yielded both qualitative and quantitative data. At the start of this research, the intention was to conduct the telephonic survey amongst a population of 80 to 100 respondents, but due to an unexpected interruption of the MuPi-trial the final count came to 42 respondents. Beside this telephonic survey, there also have been semi-structured interviews with the researching doctor and shift supervising nurses, to gain insight within the process of patient education concerning the MuPi-trial.

Results and conclusion

From the results gained throughout this research, it can be concluded that 34% of the respondents eventually were adherent to this prophylactic treatment. Next to that, within this research, the patient education has little to none influence on the patient adherence.

Recommendations

A conceptual framework that has been created for this research, shows that the process of patient education, in fact, can be of influence on the rate of patient adherence. Derived therefrom it is recommended to revise the whole internal process and process of education, when the decision is made to restart the MuPi-trial. Next to that, it is recommended to further develop and substantiate the conceptual framework, which can lead to executing a pilot. The main goal of this pilot would be to eliminate as many potential negative influences on patient education. Finally, it is recommended to conduct a follow-up research with a larger research population, which examines the connection between patient education and adherence. In this case, the subject of education should be expounded more specifically to find this possible connection between those two subjects.

Voorwoord

Beste lezer,

Voor u ligt het onderzoeksverslag ten aanzien van het afstudeeronderzoek dat door drie studenten verbonden aan de Hogeschool Viaa, voor de opleiding tot hbo-verpleegkundige is geschreven. Dit afstudeeronderzoek is uitgevoerd in opdracht van drs. R. Rolink, verbonden aan de afdeling Orthopedie binnen het Isala Ziekenhuis te Zwolle. Binnen dit afstudeeronderzoek is er onderzocht in welke mate patiënten therapietrouw zijn geweest aan een profylactische behandeling, dat bestaat uit het gebruik van antibiotica in de vorm van neuszalf, het wassen met antibacteriële zeep/shampoo en het afnemen van kweekjes voorafgaand aan een totale knie- of heupartroplastiek. Tevens is er onderzocht welke invloed patiëntenvoorlichting heeft op de mate van therapietrouw binnen deze orthopedische patiëntengroep.

Als onderzoeksgroep hebben wij de afgelopen maanden als een zeer leerzame periode ervaren, waarin wij hebben geleerd om een wetenschappelijk onderzoek uit te voeren, met bijbehorende voorspoed en tegenslagen. Daarnaast hebben wij veel geleerd binnen het analyseren van kwantitatieve en kwalitatieve gegevens en de verschillen tussen beide. Tevens hebben wij veel nieuwe inzichten verkregen binnen de factoren die mogelijk van invloed kunnen zijn op de mate van therapietrouw bij de patiënt die een profylactische behandeling krijgt. Zo is het duidelijk geworden hoezeer bepaalde factoren van invloed kunnen zijn en dat het van groot belang is voor de verpleegkundige professie om zich bezig te houden met onderwerpen zoals het bevorderen van de therapietrouw bij de patiënt.

Wij kijken met trots terug op het resultaat dat wij als onderzoeksgroep neer hebben mogen zetten. Gedurende het afstudeeronderzoek hebben wij met verschillende personen samengewerkt die ons tevens hebben ondersteund bij het uitvoeren van dit onderzoek. Ten eerste willen wij onze grote dank uitspreken richting drs. R. Rolink, onze opdrachtgever vanuit het Isala te Zwolle. Dit voor alle tijd, energie, begeleiding en de prettige samenwerking die wij als onderzoeksgroep hebben ervaren. Daarnaast willen wij onze dank uitspreken aan Annemiek Schep, onze begeleidend docent vanuit de Hogeschool Viaa. Wij willen haar bedanken voor de fijne samenwerking, bereikbaarheid bij vragen of problemen en alle begeleiding gedurende de afgelopen acht maanden. Tevens willen wij de twee beoordelaar, Laura van Zalk bedanken voor haar volledige, specifieke en werkbaar feedback. Ook willen wij drs. J Gorter, tevens onderzoekend arts op de afdeling orthopedie, bedanken voor zijn hulp. In het speciaal willen wij graag de regieverpleegkundigen en de respondenten bedanken voor hun deelname aan dit onderzoek met de daarbij behorende eerlijkheid en oprechtheid bij het beantwoorden van de vragen.

Ten slotte willen wij alle familie en vrienden bedanken voor hun motivatie en support gedurende de periode van het uitvoeren en uitschrijven van deze scriptie!

Zwolle, 2017

Elise Huizenga
Susanne Marsman
Rik van Os

Inhoudsopgave

SAMENVATTING	3
ABSTRACT	4
VOORWOORD	5
1. INLEIDING	8
1.1 AANLEIDING	8
1.2 PROBLEEMSTELLING	9
1.3 VERPLEEGKUNDIGE RELEVANTIE	9
1.4 RELATIE MET HET THEMA MENSGERICHTE ZORG	10
1.5 VRAAGSTELLING	11
1.6 DOELSTELLING	11
1.7 LEESWIJZER	11
2. THEORETISCH KADER	12
2.1 BEGRIPPEN	12
2.2 WAT IS THERAPIETROUW?	14
2.3 WAT IS PATIËNTENVOORLICHTING?	16
2.4 DE INVLOED VAN PATIËNTENVOORLICHTING OP THERAPIETROUW	18
2.5 THERAPIETROUW VAN DE ORTHOPEDISCHE PATIËNT DIE EEN PROFYLACTISCHE BEHANDELING KRIJGT	21
2.6 CONCLUSIE / CONCEPTUEEL MODEL	22
3. METHODE	23
3.1 INLEIDING	23
3.2 TYPE ONDERZOEK	23
3.3 POPULATIE EN STEEKPROEF	23
3.4 OPERATIONALISERING	24
3.5 DATA-ANALYSE	28
3.6 BETROUWBAARHEID EN VALIDITEIT	29
3.7 ETHISCHE VERANTWOORDING	31
3.8 PRESENTATIE	31
3.9 HAALBAARHEID EN UITVOERBAARHEID	32
3.10 TIJDSPAD	32
4. RESULTATEN	33
RESULTATEN VOORLICHTINGSTRAJECT	33
4.1 VOORLICHTINGSTRAJECT	33
4.2 INTERN PROCES VOORLICHTINGSTRAJECT	35
4.3 BELEMMERINGEN & STIMULANSEN VOORLICHTINGSTRAJECT	38
4.4 VISIE OP HET VOORLICHTINGSPROCES	39
RESULTATEN THERAPIETROUW	40
4.5 DEMOGRAFISCHE GEGEVENS VAN GEÏNCLUDEERDE PATIËNTEN	40
4.6 THERAPIETROUW VAN PATIËNTEN	41
4.7 BEÏNVLOEDENDE FACTOREN	44
4.8 VOORLICHTINGSPROCES	50
4.9 LEEFTIJD & MEDICATIEGEBRUIK	56
4.10 AANBEVELINGEN VAN PATIËNTEN	58

5.	CONCLUSIE	60
5.1	DEELVRAAG 1	60
5.2	DEELVRAAG 2	60
5.3	DEELVRAAG 3	60
5.4	DEELVRAAG 4	61
5.5	HOOFDVRAAG	61
6.	DISCUSSIE	62
6.1	METHODOLOGISCH	62
6.2	INHOUDELIJKE DISCUSSIE	64
6.3	VERPLEEGKUNDIGE VISIE	66
7.	AANBEVELINGEN	68
7.1	MICRO	68
7.2	MESO	68
7.3	MACRONIVEAU	69
	BIBLIOGRAFIE	70
	BIJLAGE 1: ZOEKPLAN LITERATUUR	73
	BIJLAGE 2: PROTOCOL MUPI TRIAL	79
	BIJLAGE 3: ENQUÊTE – THERAPIETROUW ORTHOPEDISCHE PATIËNT	87
	BIJLAGE 4: BELSCHEMA – TELEFONISCHE ENQUÊTEREN	89
	BIJLAGE 5: INTERVIEW SCHEMA	91
	BIJLAGE 6: FRAGMENTEN INTERVIEWS	93
	BIJLAGE 7: FRAGMENTEN AANBEVELINGEN	101
	BIJLAGE 8: AANVULLENDE TABELLEN	104

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

In 2012 kopte de NOS “Onnodige sterfte door wondinfecties”, waarin werd beschreven dat de Nederlandse ziekenhuizen te kort schoten in het terugdringen van wondinfecties. Hierna werden er verschillende maatregelen genomen, maar toch ligt het percentage op het voorkomen van een postoperatieve wondinfectie tussen 2012 en 2014 nog op 2.6% (PREZIES, 2016). Postoperatieve wondinfecties (POWI) zijn één van de meest voorkomende complicaties die kunnen ontstaan nadat de patiënt een operatie heeft ondergaan in het ziekenhuis. Een postoperatieve wondinfectie wil zeggen dat er na een operatie een infectie is ontstaan in de chirurgische wond. (NVZ, NFU, Federatie Medisch Specialisten, & V&VN, 2013). Meer dan 80% van deze infecties is afkomstig van de *Staphylococcus Aureus*, een bacterie waar ongeveer 30% van de gezonde menselijke populatie drager van is. Bij een huidbeschadiging of een andere verwonding van het lichaam kan de *s. aureus* het lichaam binnendringen en een infectie veroorzaken. Deze bacterie is over het algemeen goed te eradiceren met het antibioticum meticilline, maar is niet werkzaam bij de meticilline resistente *s. aureus* (MRSA). Zowel de MRSA als de *s. aureus* bacterie geeft daarbij een verhoogd risico op infectie bij de orthopedische patiëntengroep, waardoor het van belang is dat deze patiëntengroep vrij is van de *s. aureus* bacterie om een POWI te kunnen voorkomen (Kalmeijer, van Nieuwland-Bollen, Bogaers-Hofman, & de Baere, 2000).

“Binnen het Isala te Zwolle is het gemiddelde infectiepercentage over de periode 2004-2012 van de totale heup 3,32% en de totale knie 1,98% (...) dit terwijl het landelijke percentage in de afgelopen 10 jaar beduidend lager ligt” (Isala Zwolle, 2015, p. 1). Vanwege dit gegeven, is er op de afdeling Orthopedie binnen het Isala ziekenhuis te Zwolle omstreeks maart 2016 een onderzoek gestart naar de vermindering van postoperatieve wondinfecties na een heup- of knieprothesiologie (oftewel het vervangen van een versleten heup of knie door een prothese) door het preventieve gebruik van antibiotica in de vorm van neuszalf (mupirocine) en een antibacteriële zeep (chloorhexidine). De overkoepelende titel van dit onderzoek luidt: de **Mupirocine Prophylaxis Infection Trial** (ook wel de MuPi Trial). Binnen de MuPi Trial is onderzocht wat de invloed is van infectiepreventie, door preoperatief gebruik te maken van mupirocine neuszalf en chloorhexidine zeep versus placebo zalf en zeep voor primaire heup- en knie artroplastieken, bij postoperatieve wondinfecties. Zie kader 1 voor een korte toelichting op deze MuPi-trial.

Dit afstudeeronderzoek is tevens een vervolg op het onderzoek “Doen wat de dokter zegt...” (Kamphof & Pleijsier, 2016). Binnen het onderzoek van Kamphof & Pleijsier ligt de nadruk op het percentage patiënten dat therapietrouw is aan de profylactische behandeling met zalf en zeep en welke intrinsieke en extrinsieke factoren hier een rol in spelen. Binnen dit onderzoek is er ook stilgestaan bij dit percentage therapietrouwe patiënten, maar is er tevens onderzocht wat de invloed van patiëntenvoorlichting is geweest op de mate van therapietrouw van deze patiënten. Dit onderzoek rondom de invloed van patiëntenvoorlichting op de therapietrouw is uiteindelijk onderdeel van het overkoepelende onderzoek naar de werkzaamheid van mupirocine en chloorhexidine bij een volledige knie- en heupprothesiologie.

Kader 1: Toelichting MuPi Trial

In het onderzoek, dat is uitgevoerd binnen de Isala, worden de patiënten vooraf gescreend op het dragerschap van de *staphylococcus aureus* bacterie. Dit vanwege het feit dat de *s. aureus* bacterie een verhoogd risico geeft op infectie na een heup- of knieprothesiologie. Zoals Sporer, Rogers & Abella (2016) concluderen, is het gebruik van mupirocine en chloorhexidine effectief binnen de eradication van deze *s. aureus* bacterie. Echter, bij het behandelen van alleen de patiënten die daadwerkelijk drager zijn van de bacterie, worden mogelijk patiënten die wisselend drager zijn van de *s. aureus* bacterie niet meegenomen. Dus is het uiteindelijk doel van de MuPi Trial, om te onderzoeken of het effectief is om alle patiënten die een totale heup- of knieprothesiologie ondergaan te behandelen aan de hand van mupirocine en chloorhexidine. De patiënten die binnen de Isala in aanmerking komen voor een volledige heup- of knieprothesiologie hebben na akkoord te zijn gegaan met inclusie in dit onderzoek, een voorlichting rondom het gebruik van de neuszalf en antibacteriële zeep gekregen. Hierna is men gevraagd om enkele dagen voor de operatie te starten met het gebruik van de neuszalf en de antibacteriële zeep. Het doel van het gebruik van de neuszalf en de antibacteriële zeep is de eradication van bacteriën om infecties in het wondgebied na de operatie te voorkomen. Uiteindelijk zal duidelijk worden of het standaard gebruik van de mupirocine en chloorhexidine, postoperatieve infecties in het wondgebied bij patiënten kan verminderen en/of voorkomen. Zie bijlage 2 voor het bestaande protocol rondom de MuPi Trial.

1.2 Probleemstelling

In het kader van het onderzoek betreffende de MuPi-trial is het van belang om inzicht te verkrijgen in het percentage geïncubeerde patiënten dat daadwerkelijk therapietrouw is geweest aan de profylactische behandeling met mupirocine en chloorhexidine. Tevens is het van belang om inzichtelijk te krijgen welke invloed patiëntenvoorlichting heeft gehad op de mate van therapietrouw bij deze patiëntengroep. Tot op heden waren deze gegevens nog onduidelijk.

1.3 Verpleegkundige relevantie

De regieverpleegkundige op hbo-niveau draagt verschillende competenties met zich mee. Dit houdt in dat de verpleegkundige moet beschikken over meerdere kwaliteiten die bijdragen aan kwalitatief goede zorg. Uit het competentieprofiel van de hbo-verpleegkundige kan er worden geconcludeerd dat deze moet beschikken over vijf rollen: zorgverlener, regisseur, coach, ontwerper en beroepsbeoefenaar. Twee van deze rollen zijn direct toepasbaar op de verantwoordelijkheid en plicht als verpleegkundige. Binnen de beroepscode staat vermeld dat de verpleegkundige binnen zijn beroep initiatieven moet nemen en activiteiten moet ondersteunen ter bevordering van de ontwikkeling van het beroep, met een direct verband naar de kwaliteit van zorg (V&VN & et al., 2015). Dit houdt in dat meewerken aan onderzoek een belangrijke taak is van de hbo-verpleegkundige. Het is van groot belang dat de zorg als een continue en integraal proces verloopt (Mast & Vliet, 2007). De regisseur is verantwoordelijk voor de communicatie tussen verschillende disciplines. Binnen dit onderzoek is er gecommuniceerd met verschillende disciplines, namelijk met de arts, de regieverpleegkundige, de verpleegkundige en de zorgvrager.

Als ontwerper heeft de verpleegkundige als taak om de verpleegkundige deskundigheid te waarborgen door middel van een integrale aanpak van zorg, behandeling en voorlichting (Mast & Vliet, 2007). Juist voorlichting is binnen het onderzoek een belangrijk aspect geweest, omdat men door een goede vorm van voorlichting de therapietrouw bij zorgvragers kan vergroten. Dit vanwege het feit dat therapietrouw vaak een gevolg is van onwetendheid (TPO, 2009). Ongeveer 30% van de patiënten blijkt een medisch advies niet of niet op de juiste manier te volgen (Bakker, 2016). Als onderzoeksgroep is het een belangrijke taak geweest om de oorzaken van therapietrouw inzichtelijk te maken. Tevens geeft de beroepscode dit weer: "Als verpleegkundige zorg ik ervoor dat de zorgvrager de informatie krijgt, die hij nodig heeft" (V&VN & et al., 2015).

De verpleegkundige heeft ook een belangrijke rol in de samenleving. Niet alleen komt in de beroepscode terug dat een verpleegkundige de verantwoordelijkheid heeft om mee te doen aan onderzoeken die de volksgezondheid bevorderen, maar ook moet de verpleegkundige de activiteiten hiervoor ondersteunen en hierin het belang van de zorgvrager vooropstellen (V&VN & e.a., 2015). Daarnaast zijn de extra ziekenhuisopnames door therapieontrouw ook zeker niet kostenbesparend en heeft deze kostenpost gevolgen voor de kwaliteit van zorg voor andere groepen binnen de gezondheidszorg (Langelaan, et al., 2010).

Uit bovenstaande tekst kan worden geconcludeerd dat onderzoek doen een vaste taak is van de hbo-verpleegkundige, zoals beschreven in de beroepscode (V&VN & e.a., 2015). Daarnaast kan therapietrouw enorme gezondheidswinst voor de patiënt opleveren. Door therapieontrouw kan de morbiditeit toenemen en de kwaliteit van leven afnemen (Smet, Horssen & Soest, 2015). Dit grijpt ook weer terug op de verantwoordelijkheden van de verpleegkundige, zoals deze beschreven staan in de beroepscode. *“Als verpleegkundige oefen ik het beroep uit met het oog op het welzijn en de gezondheid van de zorgvrager”* (V&VN & et al., 2015).

1.4 Relatie met het thema mensgerichte zorg

Mensgerichte zorg staat nauw in verbinding met de mate van therapietrouw. Laan (2007) beschrijft in een artikel dat de Wereldgezondheidsorganisatie vijf dimensies onderscheidt die van belang zijn bij therapietrouw. Een van de vijf dimensies betreft de ‘patiënt-gerelateerde factoren’. Patiënt-gerelateerde factoren betreffen de mate waarin de patiënt kennis heeft over zijn ziekte, de motivatie om therapietrouw te zijn en het zelfvertrouwen om de behandeling zelf uit te voeren (van der Laan, 2007). De mate omtrent de kennis over eigen ziekte, motivatie en zelfvertrouwen om de behandeling zelf uit te voeren is per patiënt verschillend. Het is van belang dat de arts en de verpleegkundigen inspelen op de mate van kennis, motivatie en zelfvertrouwen per patiënt. Dit vergt patiëntenvoorlichting op maat en mensgerichte begeleiding in het proces van therapie, met als doel om de mate van therapietrouw van de patiënt te bevorderen. Daarnaast is mensgerichte zorg, het centraal stellen van de patiënt, van belang geweest binnen dit onderzoek, vanwege het gegeven dat elk persoon een eigen referentiekader en gezondheidsvaardigheden (health literacy) tot zijn/haar beschikking heeft. Health literacy wordt gekenmerkt door een drietal aan vaardigheden: het kunnen lezen van de gezondheidsinformatie, het kunnen communiceren binnen de gezondheidszorg en het kritisch kunnen omgaan met de gezondheidsinformatie.

Daarnaast omvat het referentiekader de leefwereld, cultuur en ervaringen van de patiënt (Burgt & Verhulst, 2009). Binnen een voorlichtingstraject wordt alles wat gehoord en gelezen wordt sterk beïnvloed door het referentiekader van een persoon, maar heeft ook de health literacy invloed op alles wat gehoord en gelezen wordt. Binnen dit onderzoek heeft dit betekend dat het van belang was dat de zorgprofessional tijdens het voorlichtingstraject inspeelde op het referentiekader en de gezondheidsvaardigheden van de patiënt om ervoor te zorgen dat de patiënt de informatie kan verwerken en juist kan interpreteren. Om ervoor te zorgen dat de patiënt de informatie op de juiste wijze kan verwerken, is het belangrijk dat de patiënt de informatie kan horen, begrijpen, beoordelen, aanvaarden en onthouden (van de Wiel, Wouda & Versteegen, 2009).

1.5 Vraagstelling

Hoofdvraag:

Hoeveel procent van de patiënten die tussen september en december 2016 binnen het Isala te Zwolle een totale heup- of knieprothesiologie hebben ondergaan, is therapietrouw aan een profylactische behandeling en welke invloed heeft een patiëntenvoorlichting hierop?

Deelvragen:

1. Hoe wordt het voorlichtingstraject voor de patiënten die deelnemen aan de MuPi trial en een knie- of heupprothesiologie ondergaan, nu binnen het Isala te Zwolle vormgegeven?
2. Hoeveel patiënten die tussen september en december 2016 binnen het Isala te Zwolle een totale heup- of knieprothesiologie zijn ondergaan, hebben het precieze advies van de arts nageleefd en zijn therapietrouw aan deze behandeling?
3. Welke factoren zijn van invloed op de therapietrouw van een profylactische behandeling voorafgaande aan een heup- of knieprothesiologie?
4. Op welke vlakken binnen de patiëntenvoorlichting kan er volgens de patiënt, verbetering plaats vinden om de therapietrouw te vergroten?

1.6 Doelstelling

Binnen dit onderzoek is de volgende doelstelling gehanteerd: inventariseren van de therapietrouw bij patiënten die een profylactische behandeling hebben ondergaan, dit in een percentage weergeven en daarbij te achterhalen in hoeverre voorlichting een rol speelt in de mate van therapietrouw bij patiënten die geïnccludeerd waren binnen de MuPi-trial. Aan de hand van deze doelstelling is het uiteindelijke doel geweest om aanbevelingen te geven aan de hoofdonderzoeker om te therapietrouw van de patiënten te vergroten.

1.7 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 staat de theorie die ten grondslag ligt aan dit onderzoek beschreven, waarin onder andere kernbegrippen en de belangrijkste modellen die zijn gebruikt binnen dit onderzoek toegelicht zullen worden. In hoofdstuk 3 staan de aanpak van dit onderzoek en de daarbij behorende methoden en modellen beschreven. Tevens is er binnen dit hoofdstuk stilgestaan bij de betrouwbaarheid, validiteit en haalbaarheid van dit onderzoek. In hoofdstuk 4 staan de resultaten met bijbehorende grafieken en tabellen ter visuele ondersteuning beschreven. Binnen dit hoofdstuk wordt een tweedeling van resultaten gehanteerd: enerzijds staan resultaten met betrekking tot het voorlichtingstraject beschreven en anderzijds met betrekking tot de therapietrouw van de patiënt. Vervolgens wordt er in hoofdstuk 5 de conclusie, verdeeld over de vier deelvragen en de hoofdvraag van dit onderzoek beschreven. In hoofdstuk 6 komen de inhoudelijke en de methodologische discussie naar voren, waarnaast ook de verpleegkundige visie staat beschreven. Ten slotte staan in hoofdstuk 7 de aanbevelingen op micro-, meso- en macroniveau beschreven.

2. Theoretisch kader

Binnen het theoretisch kader staat ten eerste beschreven wat de betekenissen en achtergronden zijn van de verschillende begrippen die worden gebruikt binnen dit onderzoek. Vervolgens staan de twee hoofdonderwerpen therapietrouw en patiëntenvoorlichting beschreven. Tevens is er gekeken naar de invloed van voorlichting op therapietrouw, maar ook naar het verband tussen deze begrippen. Naar aanleiding van de invloed van voorlichting op therapietrouw volgt een toelichting op de therapietrouw, expliciet bij orthopediepatiënten die een profylactische behandeling krijgen.

2.1 Begrippen

Staphylococcus Aureus

De staphylococcus aureus is een grampositieve en aerobe bacterie¹, waarvan het grampositieve aspect inhoudt dat deze bacterie langzaam ongevoeligheid voor antibiotica kan ontwikkelen en dat deze gifstoffen kan produceren (Schneeberger, 2012). Ongeveer 30% van de gezonde menselijke populatie is drager van deze bacterie, waarbij deze bacteriën zich vooral op de huid, in de neus en in vochtige huddelen bevinden (Chen, Wessel, & Rao, 2013). Het dragerschap van deze *s. aureus* bacterie wil niet per definitie zeggen dat iemand ziek is. Pas op het moment van een verminderde weerstand of een huidbeschadiging (in de vorm van een brandwond of andere verwonding) kan de *s. aureus* door de huid dringen.

Van de *s. aureus* bacterie is bekend dat 80% van de bacteriën penicillinase produceert, een enzym dat het antibioticum penicilline ongevoelig maakt. Daarom wordt er de voorkeur gegeven aan het gebruik van flucloxacilline of meticilline, deze antibiotica zijn ongevoelig voor het penicillinase enzym. Er zijn daarnaast ook stammen van de *s. aureus* die ook resistent zijn voor de flucloxacilline of de meticilline, de meticilline-resistente staphylococcus aureus (MRSA). Deze wordt onderscheiden in healthcare-acquired en community-acquired MRSA, waarbinnen de healthcare-acquired MRSA vooral voortkomt uit opnames in een buitenlands ziekenhuis en de community-acquired steeds vaker wordt gezien bij mensen die beroepsmatig veel in contact komen met levende dieren (Kullberg, van der Meer, & Warris, 2016).

Bij een totale heup- of knieartroplastiek kan de *s. aureus* bacterie een infectie van de wond veroorzaken, waardoor de bacterie mogelijk in de prothese terecht kan komen. Dit vanwege het feit dat het wondgebied ontstaat door een artroplastiek, in de buurt zit van de vochtige huddelen (perineum en liezen) waar de *s. aureus* zich nestelt. Hierdoor kan uiteindelijk een septische (oftewel: bacteriële) loslating van de prothese plaatsvinden. Op het moment dat de *s. aureus* zich nestelt in de prothese, zal deze een biofilm gaan produceren op de prothese. Deze biofilm zorgt ervoor dat de antibiotica moeilijk kan doordringen tot de *s. aureus* in de prothese, waardoor de behandeling met antibiotica niet effectief is. Dit maakt dat de kans groot is dat een deel van de prothese verwijderd wordt en een nieuwe geplaatst zal moeten worden (de Kam, de Waal-Malefijt, & Schreurs, 2010).

Mupirocine

Mupirocine is een antibioticum dat binnen de MuPi-trial gebruikt wordt in de vorm van neuszalf onder de merknaam Bactroban. Het werkingsmechanisme van de mupirocine berust op de manier waarop dit antibioticum aangrijpt op de eiwitsynthese (lees: aanmaak van eiwitten) van de desbetreffende bacteriën. Hierdoor kan de mupirocine uiteindelijk een bacteriostatische (remmende) of bactericide (vernietigende) werking hebben. De mupirocine wordt geïndiceerd voor “de eliminatie van in de neus gelokaliseerde stafylokokken, waaronder de meticilline-resistente variant” (Joosten, 2016, p.3).

¹ Aerobe bacterie: Deze bacteriën kunnen in aanwezigheid van zuurstof leven en vermeerderen

Soms (0,1-1%), kan er bij het gebruik van de mupirocine een neusslijmvliesreactie optreden waarbij pijn, jeuk en roodheid de symptomen zijn. Zeer zelden (<0,01%), kan er bij het gebruik van de mupirocine een overgevoelighedsreactie op de huid plaatsvinden. (Farmacotherapeutisch Kompas, 2016)

Chloorhexidine

Chloorhexidine is een desinfectans die gebruikt kan worden voor o.a. de desinfectie van de huid en/of wonden. Het heeft een bactericide werking en heeft een breed werkingsspectrum, wat inhoudt dat een groot aantal bacteriën gevoelig zijn voor de chloorhexidine. Tevens zorgt het voor een afname van de transiënte en residente flora en heeft vanwege de aanwezigheid van alcohol een desinfecterende werking. Daarnaast beschikt de chloorhexidine over een toevoeging die zorgt dat de alcohol een minder huid-uitdrogend effect heeft. De chloorhexidine biedt gedurende 6 uur een beschermende laag op de huid. Eventuele bijwerkingen zoals huidirritatie en overgevoeligheid treden in het algemeen alleen op bij langdurig gebruik of gebruik op beschadigde huid (Farmacotherapeutisch Kompas, 2016).

Artroplastiek

Elke ingreep waarbij een gewricht geremodelleerd wordt, valt onder de hoofdgroep 'artroplastiek'. De artroplastiek kent enkele subcategorieën, maar binnen de MuPi-trial wordt er specifiek gekeken naar de totale gewrichtsvervanging (Taminiau & Somville, 2016). Dit is een operatieve behandeling van een gewricht, ter verbetering van de functie en/of vermindering van de pijn. Hierbij wordt het gewricht vervangen door een kom van polyethyleen (kunststof) en een metalen kop, dit proces wordt ook wel prothesiologie genoemd (Verhaar, 2008).

Profylactische behandeling

Een behandeling die profylactisch van aard is, heeft als doel een ziekte en/of aandoening te voorkomen. Binnen de MuPi-trial houdt dit in dat een wondinfectie van het operatiegebied na een totale heup- of knieartroplastiek en daaruit voortvloeiende complicaties worden voorkomen. Een profylactische behandeling wordt ook wel een preventieve behandeling genoemd (Elling, 2009).

Polyfarmacie

Een uniforme en allesomvattende definitie van het begrip polyfarmacie bestaat niet volgens Veehof, Haaijer-Ruskamp, & Meyboom-De Jong (2001). Polyfarmacie kenmerkt zich door het gebruik van twee of meer medicijnen betreffende één persoon. Er wordt daarnaast in de literatuur over 'ernstige polyfarmacie' gesproken bij het gebruik van meer dan vier of vijf geneesmiddelen door één persoon.

2.2 Wat is therapietrouw?

“Therapietrouw wordt meestal omschreven als de mate waarin het gedrag van de patiënt overeenkomt met het medische of gezondheidsadvies dat is gegeven” (Kaptein, Prins, Collette, & Hulsman, 2010, p. 131).

Therapietrouw beperkt zich niet alleen tot het gebruiken van de voorgeschreven medicatie. Het omvat het medicatiegebruik volgens voorschrift, het opvolgen van leefstijladvies en het vermijden van risicovol gedrag (Colland, 2008; Kaptein, Prins, Collette, & Hulsman, 2010). Therapieontrouw, door het niet of onvoldoende opvolgen van adviezen en voorschriften, kan ervoor zorgen dat het maximale effect van een behandeling niet kan worden bereikt. Dit kan nadelige gevolgen hebben voor de kwaliteit van leven en de gezondheidstoestand van de patiënt (Dulmen & Dijk, 2010). In de literatuur omtrent therapietrouw worden de begrippen ‘compliance’ en ‘adherentie’ gebruikt (Palmen, 2015; V&VN, 2009). Deze begrippen worden door elkaar gebruikt, maar er is enig verschil tussen beide. Compliance geeft de mate aan waarin de patiënt de voorgeschreven behandeladviezen door de zorgverlener opvolgt. Binnen compliance heeft de patiënt een passieve rol. Adherentie wordt gebruikt om de mate weer te geven waarin het gezondheidsgedrag van de patiënt overeenkomt met de adviezen van de zorgverlener, waarmee de patiënt heeft ingestemd. De patiënt vervult een actieve rol binnen het proces van therapietrouw (Palmen, 2015; Jimmy & Jose, 2011). V&VN (2009) stelt dat bij adherentie de behandeladviezen in overeenstemming tussen patiënt en zorgverlener worden opgesteld, waarbij veranderingen mogelijk zijn.

Binnen het proces van therapietrouw spelen er verschillende factoren mee die van invloed kunnen zijn op de mate van therapietrouw. Laan (2007) beschrijft in een artikel dat de Wereldgezondheidsorganisatie vijf dimensies onderscheidt binnen de therapietrouw, die van invloed kunnen zijn op de mate van therapietrouw. Deze vijf dimensies betreffen sociale en economische factoren (1), factoren gelegen in de gezondheidszorg (2), ziektegebonden factoren (3), therapie-gerelateerde factoren (4) en patiënt-gerelateerde factoren (5). De sociale en economische factoren kunnen met name een rol spelen op het gebied van de cultuur, leeftijd en ontwikkelingsbepaalde variabelen. De factoren in het gezondheidssysteem gaan met name om het gebrek aan tijd om de patiënt op de juiste manier te begeleiden in het proces rondom de therapietrouw. Binnen de ziektegebonden factoren gaat het voornamelijk om de mate waarin de patiënt zichzelf ook daadwerkelijk ziek voelt, en hoezeer de klachten en beperkingen verergeren na therapieontrouw. Binnen deze dimensie kan comorbiditeit ook een nadelige invloed hebben op de mate van therapietrouw.

Therapie-gerelateerde factoren kunnen invloed hebben op de mate van therapietrouw (Laan, 2007). In de onderstaande figuur (2.1) worden de verschillende factoren die van invloed kunnen zijn op de mate van therapietrouw overzichtelijk weergegeven. Deze figuur is opgesteld door de onderzoekers van dit onderzoek op basis van de literatuur van Jin, Sklar, Min seh oh & Li (2008) en Laan (2007).

Voorlichting, de formule voor therapietrouw?

Patiëntgerichte factoren (5)	Therapie - gerelateerde factoren (4)	Sociaal en economische factoren (1)	Gezondheidssysteem-gerelateerde factoren (2)	Factoren rondom het ziektebeeld (3)
•Demografisch: leeftijd, etniciteit, geslacht, opleiding en status •Psychosociale factoren: overtuigingen, motivatie en houding •De relatie tussen de patiënt en voorschrijver •Health literacy •Kennis van de patiënt •Fysieke beperkingen •Roken en Alcohol gebruik •Vergeetachtigheid •Verleden van therapietrouw	•Toedieningsweg •Complexiteit van de therapie •Duur van de behandelingsperiode •Bijwerkingen van de medicatie •Mate van gedragsverandering nodig •Smaak van de medicatie •Aanwijzingen voor het opbergen van de medicatie	•Onvermogen tot vrij nemen van werk •Kosten en inkomen •Sociale ondersteuning	•Gebrek aan toegankelijkheid •Lange wachttijden •Moeilijkheid van het invullen van administratie •Vervelende klinische bezoeken	•Ziektesymptomen •Status van het ziekteproces

Figuur: 2.1: Factoren die invloed hebben op de mate van therapietrouw (eigen ontwerp)

Binnen een voorgaand onderzoek van Kamphof & Pleijsier (2016) is tevens onderzocht welke factoren van invloed kunnen zijn op de mate van therapietrouw bij de patiënt. Zij beschrijven binnen de conclusie van hun onderzoek dat de kennis van de behandeling, het vertrouwen in de werking van de behandeling en de begeleiding door goede voorlichting van positieve invloed zijn op de mate van de therapietrouw. Dit onderzoek is uitgevoerd onder een cardiale onderzoeksgroep waarbinnen patiënten een profylactische behandeling kregen. Deze factoren komen grotendeels overeen met de factoren beschreven door Jin, Sklar, Min seh oh & Li (2008) en Laan (2007) in figuur 2.1.

Daarnaast beschrijven Jimmy en Jose (2011) dat therapieontrouw vaak wordt veroorzaakt door slechte communicatie tussen de arts en de patiënt, door een tekort aan kennis over het medicijn en zijn gebruik en dat de patiënt vaak niet overtuigd is van het belang van de therapie. Daarnaast zijn patiënten bang voor de bijwerkingen die kunnen optreden, bevat de therapie vaak te complexe leefregels en worden er diverse soorten medicatie met verschillende voorschriften uitgeschreven. Hierdoor ontstaat verwarring, onduidelijkheid en angst, wat kan leiden tot 'non-adherence'. Daarnaast beschrijven zij ook het verband tussen therapietrouw, kosten, toegangsmogelijkheden, aanbevolen gedragsveranderingen en de ernst van de ziekte.

Therapieontrouw kan bewust of onbewust plaatsvinden. Het niet opvolgen van de gezondheidsadviezen, ondanks de bereidheid om mee te werken aan de overeengekomen behandeling, noemt men ook wel 'inadequate therapietrouw' (Carpenito-Moyet, 2012). De diagnose 'inadequate therapietrouw' is niet geschikt voor patiënten die weloverwogen gekozen hebben voor het afwijzen van de behandeladviezen. Inadequate therapietrouw komt voort uit belemmerende factoren, die voor elke patiënt verschillend zijn. Carpenito-Moyet (2012) schrijft dat de beïnvloedende factoren liggen op het gebied van pathofysiologie, behandeling en de situatie van de persoon en omgeving. Het is van belang dat de patiënt aangeeft moeite te hebben om mee te werken aan de behandeling of verward te zijn over de behandeling. Daarnaast is het van belang dat de patiënt aangeeft op welk gebied van de behandeladviezen er belemmerende factoren liggen, zodat de zorgverlener hierop in kan spelen met gerichte interventies.

2.3 Wat is patiëntenvoorlichting?

Er zijn verschillende definities die gelden voor patiëntenvoorlichting. Kerstens (2009) beschrijft dat de definitie patiëntenvoorlichting een bredere betekenis heeft dan alleen het voorlichten. Er wordt namelijk niet alleen voorgelicht, maar er wordt bijvoorbeeld ook gemotiveerd tot het juist omgaan met ziekte. Den Boer en Damoiseaux (in Kerstens, 2009, p. 152) hanteren de volgende definitie: *“Patiëntenvoorlichting is een koepelbegrip voor diverse vormen van doelgerichte en systematische toegepaste communicatieprocessen, gericht op het bevorderen van kennis, inzicht en motivatie en het vergroten van de handelings- en besluitvormingsmogelijkheden van een zorgvrager en zijn sociale omgeving, om het omgaan met of herstel van ziekte te bevorderen”*. Den Boer en Damoiseaux zetten de definitie uit in verschillende definitieonderdelen en koppelen hier vervolgens doelen aan. Onderstaande figuur (2.2) geeft de definities en definitieonderdelen op een overzichtelijke manier weer. Dit figuur is door de onderzoekers van dit onderzoek opgesteld aan de hand van de literatuur van Den Boer en Damoiseaux.

Definitieonderdelen	Doelen
Kennis, inzicht	• Vermeerderen van kennis en inzicht
Handelings- en besluitvormingsmogelijkheden	• Bevorderen van de mondigheid • Bevorderen van zelfzorgactiviteiten
Motivatie	• Therapietrouw • Gezond gedrag
Omgaan met ziekte	• Coping gedrag • Verminderen van angst
Bevorderen van herstel	• Snellere genezing • Minder complicaties
Zorgvrager en sociale omgeving	• Herstel of behoud socio- psychosomatisch evenwicht

Figuur 2.2: Doelen van patiëntenvoorlichting gekoppeld aan de definitie (eigen ontwerp)

Kerstens, Sesink en Gründemann (1998, p. 21.) hanteren een andere definitie, welke op de volgende manier wordt beschreven: *“Alle doelgerichte, bewuste communicatie tijdens de zorg, die tot doel heeft de zorgvrager en zijn sociale omgeving te helpen bij het verkrijgen, verwerken en toepassen van informatie, zodat hij zelfstandiger en onafhankelijker van professionele zorg met zijn gezondheidsproblemen kan omgaan”*. De literatuur geeft aan dat deze definitie de belangrijkste kenmerken van patiëntenvoorlichting weergeeft. Er is namelijk sprake van tweerichtingsverkeer in de communicatie, de patiëntenvoorlichting is doelgericht en ook bewust opgezet. Daarnaast is de voorlichting gekoppeld aan de zorg, de zorgvrager krijgt informatie en verwerkt deze waarna het toegepast kan worden. De voorlichting helpt de zorgvrager en daarmee ook zijn sociale omgeving en als laatste wordt gezegd dat de eigen verantwoordelijkheid van de zorgvrager centraal staat.

Wat zijn de belangrijkste vormen en modellen die hierbinnen gebruikt kunnen worden?

Voordat er ook maar enigszins een goede voorlichting opgezet kan worden, moet duidelijk zijn welke vorm van voorlichting passend is binnen de desbetreffende situatie. Elke situatie kan vragen om een andere vorm van voorlichting. Het gaat er allereerst om dat duidelijk is wat er bereikt moet worden door middel van de voorlichting. Moet men antwoord krijgen op vragen, moet men iets leren of moet er informatie worden verstrekt? Kerstens (2009) beschrijft heel duidelijk welke verschillende vormen van voorlichting gehanteerd kunnen worden. Onderstaande figuur (2.3) geeft de vormen van voorlichting en de verpleegkundige karakteristieken op een overzichtelijke manier weer. Dit figuur is door de onderzoekers van dit onderzoek opgesteld aan de hand van de literatuur van Kerstens (2009).

Methode/ Hulpmiddel	Aard van leerdoel	Karakteristieken van de verpleegkundige activiteit
Uitleg of beschrijving	Kennis	• Verpleegkundige bepaalt inhoud en tempo • VP² bepaalt feedback • Kan aan een groep of individueel • VP moedigt het onthouden van feiten aan
Discussie individueel	Houding en kennis	• VP moedigt deelname van zorgvrager aan • Maakt herhaling op patiënten niveau beter mogelijk • Staat de inbreng van meer gevoelige onderwerpen goed toe
Beantwoorden van vragen	Kennis	• VP bepaalt inhoud en tempo • VP kleurt de vraag in • Kan bij groepen en individueel • VP moet de mate van juistheid van het antwoord op de vraag goed bij de zorgvrager verifiëren
Demonstratie	Vaardigheid	• Vaak gebruikt samen met uitleg • Kan bij groepen en individuen • Het gebruik van materialen door zorgvragers hoeft niet per se
Groepsdiscussie	Houding en kennis	• De zorgvrager kan steun van medepatiënten krijgen • Groepsleden leren van elkaar
Training	Vaardigheid	• Maakt repetitie en directe feedback mogelijk en men kan 'al doende' leren
Gedrukt en audiovisueel materiaal	Kennis	• VP gebruikt boeken, folders, audio- en videobanden, geprogrammeerde instructie en computergestuurde programma's
Rollenspel	Houding, kennis, en vaardigheid	• Maakt het vorm en inhoud geven aan attitudes, waarden en normen mogelijk • Kan helpen bij het ontwikkelen van allerlei vaardigheden

Figuur 2.3: Vormen van voorlichting en de verpleegkundige karakteristieken (eigen ontwerp)

In andere literatuur van Kerstens, Sesink & Gründemann (1998) worden maar drie methoden beschreven, namelijk: mondelinge voorlichting aan individuele zorgvragers of aan een groep, schriftelijke voorlichting en audiovisuele voorlichting. Toch geeft ook deze literatuur aan dat het doel van de voorlichting de methode bepaalt. Daarnaast wordt er aangegeven dat er drie soorten doelen zijn: kennisdoelen, houdingsdoelen en gedragsdoelen. Heronder staan deze verder beschreven (figuur 2.3), zodat ook duidelijk is welke methode hiervoor wordt gebruikt. Dit figuur is door de onderzoekers van dit onderzoek opgesteld aan de hand van de literatuur van Kerstens, Sesink & Gründemann (1998).

² Verpleegkundige

Kennisdoelen: Worden behaald door middel van het overdragen van informatie	Houdingsdoelen: Worden bereikt door het leren van eigen ervaringen en ervaringen van anderen	Gedragdoelen: Deze worden behaald door het aanleren van vaardigheden
• Mondelinge voorlichting zoals tweegesprekken of lezingen aan groepen • Schriftelijke voorlichting in de vorm van folders, brochures, boeken of een artikel • Audiovisuele voorlichting, bijvoorbeeld een film of documentaire over hoe anderen een onderzoek hebben ervaren	• Mondelinge voorlichting, zoals groeps gesprekken of een discussie • Audivisuele voorlichting, bijvoorbeeld een film of documentaire over hoe anderen een onderzoek hebben ervaren	• Mondelinge voorlichting, zoals demonstraties en oefenen onder begeleiding • Schriftelijke voorlichting, daarbij moet gedacht worden aan gebruiksaanwijzingen of instructiefolders • Audiovisuele voorlichting, bijvoorbeeld instructie op video, geluidscassette of cd-rom

Figuur 2.4: Voorlichtingsmethode beschreven per doel (eigen ontwerp)

Om de doelen betreffende de vormgeving van voorlichting te kunnen vergelijken op overeenkomsten, is de literatuur van Van de Wiel, Wouda & Versteegen (2009) met de literatuur van Kerstens (2009) vergeleken. In de inhoud van de literatuur zijn de voorlichtingsdoelen wat specifiek gecategoriseerd en zijn ze als volgt benoemd: vergroten van kennis en inzicht, leren van handelingen, verwerken van ervaringen en gevoelens, helpen bij besluitvorming, aanpassen van de leefwijze en het voorlichten van de sociale omgeving. Door het specifiek uiteenzetten van doelen, is het voor de zorgverlener makkelijker om hier een gerichte voorlichtingsmethode op toe te passen. De stelregel luidt: hoe specifiek het doel, hoe gericht de voorlichting.

2.4 De invloed van patiëntenvoorlichting op therapietrouw

Welke factoren binnen patiëntenvoorlichting hebben een negatieve invloed op de therapietrouw van de patiënt?

Tegenwoordig is communicatie niet meer weg te denken uit de gezondheidszorg, zo ook binnen het streven naar therapietrouw. De mate van therapietrouw hangt van vele factoren af, die samenhangen met de rol van de patiënt en de rol van de zorgverlener (Staveren, 2013). Gebrek aan therapietrouw kan voortkomen vanuit de patiënt zelf. Het is als zorgverlener dan ook van belang om hierin te signaleren en adequaat te handelen. Anderzijds kan het ook liggen aan de zorgverlener (Laan, 2007). Binnen het proces van therapietrouw zijn er zowel de patiënt als de zorgverlener een actieve rol. Tijdens de behandeling moeten patiënt en zorgverlener met elkaar samenwerken om de behandeling zo goed mogelijk te laten verlopen. Zowel de patiënt als de zorgverlener delen informatie, stellen vragen en ontvangen informatie. Volgens Burgt en Verhulst (2009) zijn samenwerking, structuur van gesprekken, gespreksmodellen en gespreksvaardigheden van groot belang om te zorgen voor een effectieve voorlichting. Tevens is het van belang dat binnen deze genoemde communicatieprocessen de boodschap goed overkomt vanaf de 'zender' naar de 'ontvanger'. Als dit niet goed verloopt, kan er ruis ontstaan. De ruis kan ontstaan bij de zender, als de zender, in dit geval de zorgverlener, de situatie van de patiënt niet goed voor ogen heeft (Burgt en Verhulst, 2009).

Andere factoren die een negatieve invloed op de patiëntenvoorlichting kunnen hebben zijn de eigen leefwereld, cultuur, denkbeelden en ervaringen van zowel de patiënt als de zorgverlener (Burgt & Verhulst, 2009). Deze aspecten vormen samen een eigen referentiekader van een persoon. Binnen een referentiekader wordt bepaald wat mensen willen overbrengen en op welke wijze dit wordt uitgevoerd. Ook wordt alles wat gehoord wordt, sterk beïnvloed door het referentiekader van een persoon. Binnen een patiëntenvoorlichting hebben patiënt en zorgverlener beide een eigen referentiekader. Dit betekent dat beide partijen een boodschap een eigen betekenis of interpretatie geven. Een uiteenlopende betekenis of interpretatie kan ervoor zorgen dat informatie voor beide partijen onduidelijk of verwarrend kan zijn.

Binnen de zorg komen zowel zorgverlener als patiënt in aanraking met mensen met verschillende culturele achtergronden. Hierin kunnen de cultuur en taal zorgen voor een barrière in de communicatie (Burgt & Verhulst, 2009). Juist bij patiënten met een andere culturele achtergrond is het geven en krijgen van terugkoppeling van groot belang. Een goede terugkoppeling kan de kans op mogelijke misvattingen zo veel mogelijk beperken (van Staveren, 2013). Ook kan men achterhalen of de patiënt de boodschap heeft begrepen en het bedoelde effect heeft gehad (Burgt & Verhulst, 2009). Daarnaast kunnen er binnen de directe communicatie tussen patiënt en zorgverlener ook belemmerende factoren liggen. Als de verbale en non-verbale communicatie van elkaar verschillen, zorgt dit voor een tegengestelde boodschap. Dit kan zowel vanuit de patiënt als zorgverlener voortkomen. Een gevolg hiervan kan zijn dat de patiënt en de zorgverlener niet samenwerken binnen de behandeling. Binnen het samenwerkingsverband tussen patiënt en zorgverlener is het van belang dat er gezamenlijk een beslissing wordt genomen en er keuzemogelijkheden worden geboden aan de patiënt (van Staveren, 2013). Dit zorgt voor meer tevredenheid, een groter gevoel van autonomie en een betere kwaliteit van leven bij de patiënt. Tevens draagt dit bij aan een betere relatie tussen patiënt en zorgverlener.

Welke factoren binnen patiëntenvoorlichting hebben een positieve invloed op de therapietrouw van de patiënt?

Zoals eerder beschreven in de literatuur van Kerstens (2009) is motiveren een belangrijk onderdeel van patiëntenvoorlichting. Door de motivatie van een patiënt positief te beïnvloeden kan de therapietrouw worden vergroot. Daarom is het van belang om hierop aan te sluiten bij iedere vorm van voorlichting. Voordat iemand gemotiveerd raakt, moet de zorgverlener uitzoeken op welke manier dit gedaan kan worden. Om te weten welke factoren betrekking hebben op de motivatie van de patiënt tot therapietrouw, kan teruggegrepen worden op de beïnvloedende factoren van Jin, Sklar, Min sen oh & Li (2008). In de voorgaand beschreven literatuur worden de verschillende beïnvloedende factoren van therapietrouw weergegeven (Jin, Sklar, Min sen oh & Li, 2008). Een aantal van deze factoren kan meteen aan patiëntenvoorlichting worden gekoppeld. Door de beïnvloedende factoren zoveel mogelijk weg te nemen – door ze goed uit te leggen en te verduidelijken – kan de motivatie met betrekking tot therapietrouw toenemen. Het gaat hier onder andere om health literacy, de relatie tussen de patiënt en de voorschrijver en de overzichtelijkheid van de administratie.

De definitie van health literacy luidt als volgt: *“Health literacy is the degree to which individuals have the capacity to obtain, process, and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions.”* (Parker, Ratzan, & Lurie, 2003, p. 147). Dit houdt in dat health literacy bestaat uit een aantal vaardigheden om verkregen informatie op de juiste manier te verwerken en deze mee te nemen in de overwegingen tijdens het maken van juiste beslissingen in het zorgproces. Daarbij wordt er uitgegaan van het feit dat de patiënt de gezondheidsinformatie kan lezen, kan communiceren binnen de gezondheidszorg en kritisch kan omgaan met de gezondheidsinformatie. Deze vaardigheden heten respectievelijk: functionele, interactieve en kritische health literacy (Nusselder, 2012).

In het kader van de overzichtelijkheid van de administratie kunnen de vormen van voorlichting ook van invloed zijn. Een mondelinge voorlichting kan volgens Kerstens, Sesink en Gründemann (1998) individueel of in groepsverband worden gegeven. Een schriftelijke voorlichting kan gegeven worden door middel van een gebruiksaanwijzing of informatiefolder. Om een voorlichting op een goede manier over te brengen is het van belang dat deze voorbereid wordt, hiermee wordt de kwaliteit van de voorlichting vergroot en is er meer kans op toenemende motivatie bij de patiënt.

Motivatie tot therapietrouw wordt ook vergroot door een duidelijke presentatie van de informatie. Om ervoor te zorgen dat de patiënt de informatie op de juiste wijze kan verwerken, is het belangrijk dat de patiënt de informatie kan horen, begrijpen, beoordelen, aanvaarden en onthouden (van de Wiel, Wouda & Versteegen, 2009). Kerstens (2009) geeft aan dat er door een goede presentatie van de inhoud een band kan ontstaan tussen patiënt en zorgverlener. Dit betekent dat een presentatie moet voldoen aan een aantal eisen: er is een goede verhaalopbouw, de duur van de uitleg is toegespitst op de doelgroep, er wordt rekening gehouden met het gebruik van hulpmiddelen en omstandigheden en als laatste is het van belang dat er voorafgaande aan het geven van de presentatie een goede voorbereiding is getroffen. Het gebruik van hulpmiddelen kan de boodschap van de voorlichting verhelderen, ondersteunen en versterken. Kerstens, Sesink en Gründemann (1998) geven echter aan dat de hulpmiddelen vaak ter vervanging dienen van de leidende voorlichtingsmethode, wat over het algemeen niet de bedoeling is. Persoonlijke voorlichting op zichzelf is juist essentieel voor de motivatie tot therapietrouw, wat al eerder is beschreven in de literatuur. Het gebruik van hulpmiddelen mag niet als vervanging dienen voor een voorlichting op zichzelf gezien het belang van de vertrouwensband die ontstaat bij een voorlichting. Toch zitten er ook zeker positieve kanten aan het gebruik van hulpmiddelen. Het gebruik van hulpmiddelen kan de belangstelling van mensen voor hun gezondheid, ziekte of behandeling opwekken, er is stimulatie voor het stellen van vragen, informatie wordt verduidelijkt en inzichtelijk gemaakt, het onthouden van informatie wordt gestimuleerd en de patiënt kan zich beter inleven in de situatie (Kerstens, Sesink & Gründemann, 1998).

Ten slotte moet er teruggerepen worden op de definitie van therapietrouw, en dan met name op de term adherence. Er kan namelijk gesteld worden dat een samenwerkingsverband, en daardoor weer een vertrouwensband, een van de sleutels is tot therapietrouw.

Eerder onderzoek naar verband therapietrouw en patiëntenvoorlichting

Er zijn al vele onderzoeken uitgevoerd naar het verband tussen patiëntenvoorlichting en de mate van therapietrouw, maar weinig van deze onderzoeken hebben betrekking op patiëntenvoorlichting bij een profylactische behandeling. Een van deze onderzoeken die is uitgevoerd door Kim, Chin, Moore, & Schwarzkopf (2015), en wel betrekking heeft op een profylactische behandeling, kijkt naar het verband tussen therapietrouw bij het gebruik van mupirocine betreffende de orthopedische patiënt en patiëntenvoorlichting. De conclusie binnen dit onderzoek is dat er geen significant verband is tussen beide variabelen, wat betekent dat de voorlichting geen effect zou hebben gehad op de mate van therapietrouw bij de patiënt. Wel wordt er binnen dit onderzoek alleen gekeken naar de aanwezigheid van de patiënten bij de voorlichting en het verschil tussen beide groepen, maar er is niet stilgestaan bij de invulling van en de manier waarop de patiëntenvoorlichting heeft plaatsgevonden. Binnen een onderzoek dat is uitgevoerd door Stokamer, Tenner, Chaudhuri, Vazquez, & Bini (2005), wordt er gekeken naar de invloed van intensieve voorlichting op patiënten die instructie nodig hebben voor het afnemen van een fecesmonster. De therapietrouw werd gemeten aan de hand van tijdige teruggave van, door de patiënt, volledig ingevulde afnameformulieren. Uit de resultaten bleek dat de groep die intensieve voorlichting had ontvangen vaker de volledig ingevulde formulieren terugzond (65.9% vs. 51,3%). Tevens is het opvallend dat de groep die intensieve voorlichting had ontvangen veel minder belde voor vragen (1.5% vs. 5.9%). Binnen dit onderzoek wordt de tijdsduur die is gekoppeld aan een patiëntenvoorlichting naar voren gehaald als een belangrijke factor in dit verband tussen therapietrouw en voorlichting.

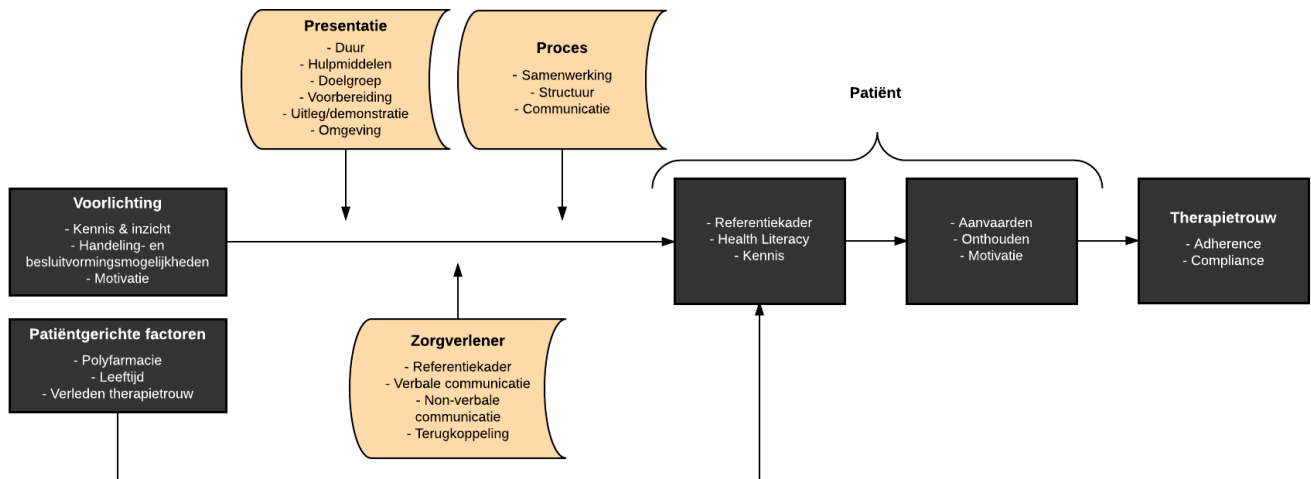
2.5 Therapietrouw van de orthopedische patiënt die een profylactische behandeling krijgt

Er is een klein aantal onderzoeken uitgevoerd naar de mate van therapietrouw bij patiënten die een profylactische behandeling volgen met mupirocine en chloorhexidine, waarvan het grootste gedeelte van deze onderzoeken betrekking heeft op de orthopedische patiënt. In een onderzoek dat is uitgevoerd door Metha, et al. (2013) naar de therapietrouw bij orthopedische patiënten die gebruik maken van mupirocine en chloorhexidine wordt geconcludeerd dat 96% van de patiënten therapietrouw is aan de mupirocine en 98% aan de chloorhexidine. Binnen soortgelijke onderzoeken komen dezelfde hoge percentages van therapietrouw terug, zo concludeert Ramos, et al. (2011) een therapietrouw van 81% bij het gebruik van mupirocine en 89% therapietrouw bij het gebruik van chloorhexidine. Tevens is er door Fritz, et al. (2011) eenzelfde onderzoek uitgevoerd onder dragers van de *s. aureus* bacterie en de effectiviteit van een preventieve behandeling, om deze bacterie te kunnen eradiceren. Binnen dit onderzoek was de therapietrouw onder de patiënten ook zeer hoog, met een percentage van 90%.

Er zijn ook soortgelijke onderzoeken die geheel andere percentages laten zien binnen de therapietrouw van de orthopedische patiëntengroep. Schweizer et al. (2015) concludeert namelijk in haar onderzoek, dat er bij het gebruik van mupirocine en chloorhexidine onder cardiale en orthopedische patiënten maar 39% volledig en 44% van de patiënten gedeeltelijk therapietrouw was. Binnen een onderzoek dat is uitgevoerd door Kapadia, et al. (2015), onder een orthopedische patiëntengroep, komt naar voren dat enkel 22% van deze patiëntengroep therapietrouw is geweest aan een profylactische behandeling met mupirocine en chloorhexidine. Dit onderzoek benadrukt dan ook het belang van begrijpelijke en grondige instructies voorafgaande aan de start van een profylactische behandeling.

2.6 Conclusie / Conceptueel Model

Als conclusie op het bovenstaand beschreven theoretische kader, is er door de onderzoekers van dit onderzoek een conceptueel model (figuur 2.6) opgesteld dat het verband tussen patiëntenvoorlichting en de mate van therapietrouw visualiseert. Tevens visualiseert dit conceptuele model de – volgens de literatuur –, factoren die van invloed zijn op dit proces van patiëntenvoorlichting en daarmee indirect op de therapietrouw van de patiënt.



Figuur 2.6: Conceptueel model (eigen ontwerp)

Dit conceptuele model beschikt over één afhankelijke variabele, de therapietrouw. Dit komt voort uit het gegeven dat de mate van therapietrouw afhankelijk is van twee onafhankelijke factoren. Deze onafhankelijke variabelen omvatten de voorlichting en patiëntgerichte factoren. Per variabele staan er kenmerken beschreven, die voortkomen vanuit de literatuur in het theoretisch kader. Deze kenmerken staan niet-dikgedrukt onder de verschillende variabelen vermeld. De kenmerken van deze onafhankelijke variabelen zijn van invloed op de kenmerken van de patiënt. De variabele 'patiënt' geldt in deze als een mediërende factor, wat inhoudt dat de voorlichting invloed heeft op de patiënt. Binnen de mediërende factor 'patiënt' wordt een tweedeling weergegeven, welke onderscheid maakt tussen twee sets aan kenmerken. De eerste set aan kenmerken van de variabele 'patiënt', met o.a. het referentiekader, is van invloed op de tweede set aan kenmerken welke uiteindelijk van invloed is op de mate van therapietrouw. Tevens fungeert de patiënt als mediërende factor voor de variabele 'patiëntgerichte factoren'. Uiteindelijk is de mediërende variabele 'patiënt' van invloed op de mate van therapietrouw. De losstaande variabelen 'presentatie', 'proces' en 'zorgverlener' gelden als de modererende variabelen. Dit houdt in dat deze variabelen van invloed zijn op het proces van voorlichting richting de patiënt, waardoor deze kan worden bijgesteld. Binnen dit conceptuele model kunnen deze variabelen zowel van een positieve als negatieve invloed zijn op het proces.

3. Methode

3.1 Inleiding

Binnen dit hoofdstuk staat de onderzoeksmethodiek centraal, waarin allereerst de typering van het onderzoek wordt beschreven. Vervolgens worden de populatie en de steekproef nader verklaard en toegelicht. Daarnaast wordt er beschreven op welke wijze gegevens zijn verkregen en op welke wijze de gegevens zijn geanalyseerd. Ten slotte staan de begrippen betrouwbaarheid, validiteit en ethische verantwoording beschreven en verantwoord.

3.2 Type onderzoek

Dit onderzoek is een combinatie van kwantitatief en kwalitatief onderzoek. Bij kwantitatief onderzoek bestaan de resultaten uit cijfermatige gegevens, waarbij de gegevens zijn geanalyseerd met behulp van statische technieken (Verhoeven, 2010). Het percentage patiënten dat daadwerkelijk therapietrouw was aan de profylactische behandeling en de invloed van geslacht, leeftijd en polyfarmacie omvatten de kwantitatieve gegevens. Daarnaast zijn er ook kwantitatieve gegevens verzameld omtrent de invloed van patiëntenvoorlichting op de mate van therapietrouw. De kwantitatieve gegevens zijn verzameld door middel van een surveyonderzoek. Een surveyonderzoek omvat een gestructureerde dataverzamelmethode. Dit betekent dat de vraagstelling van tevoren vastgesteld stond en dat de respondent de keuze had uit een klein aantal antwoordmogelijkheden. De verkregen gegevens vormden data voor een kwantitatieve analyse. Binnen een surveyonderzoek zijn enkele open vragen toegestaan, waar tevens gebruik van is gemaakt gedurende dit onderzoek. Wel vallen deze open vragen buiten de kwantitatieve analyse en vallen deze onder het kwalitatieve deel van het onderzoek, waardoor dit een kwalitatieve analyse vereiste (Verhoeven, 2010). Binnen kwalitatief onderzoek staan de mening en beleving van de onderzochte patiëntengroep centraal, waarbij de verzamelde data geen cijfermatige gegevens bevatten (Verhoeven, 2010). Tevens worden er binnen een kwalitatief onderzoek de aard en de context van verschillende verschijnselen onderzocht (Lucassen & Olde-Hartman, 2007). Binnen het uitgevoerde onderzoek werd er onderzocht wat de mening en beleving is van de patiënt over de gegeven voorlichting omtrent de profylactische behandeling, voorafgaand aan een heup of knieprothesiologie. Vanuit de beleving van de patiënt zijn er kwalitatieve gegevens verzameld. Aan de hand van de kwalitatieve resultaten zijn er aanbevelingen opgesteld rondom de patiëntenvoorlichting, om de mate van therapietrouw binnen een profylactische behandeling te kunnen vergroten. Tevens heeft dit onderzoek een kwalitatief karakter, gezien er interviews zijn afgenomen onder artsen en verpleegkundigen, om het proces van voorlichting inzichtelijk te krijgen.

3.3 Populatie en steekproef

Verhoeven (2010) stelt dat alle eenheden die binnen het onderzoek uitspraken doen, de populatie van het onderzoek betreffen. De onderzoekspopulatie binnen het uitgevoerde onderzoek betreft patiënten die tussen september 2016 en december 2016 zijn geïnccludeerd binnen een profylactische behandeling bij een volledige heup- of knieartroplastiek binnen de Isala te Zwolle. De grootte van de populatie was echter onduidelijk. Dit kwam door het feit dat het op dat moment nog onduidelijk was hoe groot het aantal patiënten zou zijn dat tussen september 2016 en december 2016 een heup- of knieartroplastiek behandeling zouden ondergaan en tevens wilde deelnemen aan een profylactische behandeling. In overleg met de opdrachtgever werd er gestreefd naar een steekproef van 50 respondenten. Een steekproef houdt in dat een deel van de populatie onwillekeurig wordt geselecteerd (Verhoeven, 2010). In dit onderzoek werden er alleen patiënten binnen het Isala ziekenhuis geïnccludeerd. De reden achter deze keuze was om te kunnen onderzoeken wat de invloed is van de patiëntenvoorlichting met betrekking tot de profylactische behandeling die binnen het Isala wordt gegeven, op de mate van therapietrouw aan die profylactische behandeling.

Inclusiecriteria

- De wilsbekwame patiënt van 18 en ouder ...
- ... die tussen september 2016 en december 2016...
- ... binnen het Isala Ziekenhuis te Zwolle ...
- ... een volledige heup- of knie artroplastiek heeft ondergaan ...
- ... en heeft getekend voor deelname aan de MuPi trial.

Exclusiecriteria

- Patiënten geopereerd voor september 2016 of na december 2016;
- De patiënt die in het ziekenhuis verblijft;
- De wilsonbekwame patiënt.

Bij de afgenomen interviews onder de regieverpleegkundigen en artsen die betrokken waren bij de MuPi-trial gold dat enkel de regieverpleegkundigen en artsen die meer dan twee keer betrokken zijn geweest bij de voorlichtingsmiddag, en op dat moment nog steeds werkzaam waren in dezelfde positie op de afdeling orthopedie van het Isala ziekenhuis te Zwolle, werden geïnccludeerd binnen deze onderzoekspopulatie. De onderzoeksgroep van verpleegkundigen en artsen is niet onderhevig geweest aan een steekproef, gezien er werd verwacht dat er na enkele interviews een theoretische verzadiging rondom het inzichtelijk krijgen van het voorlichtingsproces plaats zou gaan vinden. Volgens Lucassen & Olde-Hartman (2007) kan de verwachte verzadiging zo volledig mogelijk worden gemaakt, door de interviews tussentijds te analyseren en op dat moment te beslissen over de daadwerkelijk aanwezige verzadiging.

3.4 Operationalisering

Binnen dit onderzoek was er sprake van zowel een kwalitatieve als kwantitatieve onderzoeksstrategie, wat inhoudt dat er aan de hand van verschillende methoden gegevens zijn verzameld (Saunders & Lewis, 2006). De dataverzameling binnen dit onderzoek vond plaats aan de hand van een enquête, waarbinnen voor het grootste deel gebruik is gemaakt van een kwantitatieve onderzoeksstrategie. Een klein gedeelte van deze enquêtes bestond uit subjectieve vraagstellingen, wat deze enquête naast een kwantitatief, ook een kwalitatief karakter gaf. Deze enquête is telefonisch afgenomen bij de respondenten, waarvan contactgegevens via de hoofdonderzoeker zijn verstrekt. Deze enquêtes zijn binnen gebruikelijke tijden bij de respondenten afgenomen, dit houdt in dat de enquête niet te vroeg in de ochtend en niet te laat (na tien, tot vijf) in de avond is afgenomen. Naast het telefonisch enquêteren, hebben er tevens interviews met regieverpleegkundigen en artsen plaatsgevonden welke betrokken waren bij de MuPi-trial.

3.4.1 Interview voorlichtingsproces

Binnen dit onderzoek is er gebruik gemaakt van een semigestructureerde interviewmethode, waarbinnen de onderzoekers aan de hand van een 'topic-list' bepaalde onderwerpen zijn afgegaan en waarbij er per onderwerp de mogelijkheid bestond om door te kunnen vragen op de antwoorden van de respondenten (de Jong, de Maesschalk, Vanderbroele, Glorieux, & Visser, 2012). Zij beschrijven tevens dat een semigestructureerd interview geen structuur aan zijn basis heeft liggen, maar daar is binnen dit onderzoek van afgeweken. Per onderwerp binnen dit interview stonden meerdere vooropgestelde vragen vastgesteld, waarmee de uiteindelijke structuur van dit interview bepaald werd. Dit gezien het van belang is dat rondom het proces van de voorlichting per interview dezelfde vragen worden gesteld, zodat deze uiteindelijk met elkaar vergeleken kunnen worden. Toch was het ook van belang om door te kunnen vragen op de antwoorden die de respondenten gaven, waartoe de mogelijkheid was binnen een semigestructureerd interview. Dit is niet mogelijk binnen een gestandaardiseerd interview, dat als enige interviewvorm structuur aan zijn basis heeft liggen (Baarda, 2014).

Een nadeel dat vastzit aan het afnemen van een semigestructureerd interview is dat de aspecten waarop werd doorgevraagd niet met elkaar vergeleken konden worden. Dit komt voort uit het gegeven dat er per interview op andere aspecten kon worden doorgevraagd. Wanneer deze gegevens vergeleken worden, doet dit af aan de validiteit van dit onderzoek. Dit is uiteindelijk ondervangen, door de aspecten waarop werd doorgevraagd niet mee te nemen in de onderlinge vergelijkingen gedurende het analyseren van deze kwalitatieve informatie. Wel kan deze informatie als aanvulling op de andere verkregen resultaten vanuit deze interviews gelden. De vastgestelde vragen die centraal staan binnen deze interviews zijn vastgelegd in een interviewschema, zie bijlage 5. Bij het opstellen van deze vragen is er rekening gehouden met verscheidene factoren, waaronder het vermijden van suggestieve vragen. Dit gezien in suggestieve vragen een mening of veronderstelling verwerkt zit en het antwoord van de respondent kan beïnvloeden, waardoor er geen betrouwbare en eerlijke informatie kan worden verkregen (Baarda, 2014). Tevens is er extra aandacht besteed aan de relevantie van de vragen, gezien deze zowel door de artsen als de regieverpleegkundigen beantwoord zijn en er duidelijk verschil zit in het procesmatige inzicht binnen het voorlichtingstraject tussen beide disciplines. Hierdoor is binnen de vragen voor de regieverpleegkundigen, zoals Giesen, Meertens, Vis-Visschers, & Beukenhorst (2010) aanbevelen, het gebruik van té groot detailniveau vermeden.

Een dergelijk interviewschema heeft onder andere als functie om de onderzoekers enig houvast te geven aan de onderwerpen die gedurende het interview naar voren moeten komen (Howitt & Cramer, 2007). Binnen het interviewschema van dit onderzoek zijn drie kernonderwerpen gedefinieerd, namelijk: functie, visie en processen. Bij het onderwerp 'functie' is er ingegaan op de rol van de respondent binnen het voorlichtingsproces van de MuPi trial. Het aspect 'visie' stond daarnaast stil bij de gedachte van de respondent betreffende de rollen van andere disciplines in dit geheel. Ten slotte stond het onderwerp 'processen' stil bij de manier waarop er op dat moment vorm werd gegeven aan het gehele voorlichtingsproces van de MuPi trial. Tevens stond er binnen het interviewschema van dit onderzoek vastgelegd welke afspraken er zijn gemaakt over de anonimiteit, het verdere gebruik en de toegang voor de respondent tot deze resultaten. Volgens de Jong, de Maesschalk, Vanderbroele, Glorieux, & Visser (2012) valt dit onder de voorbereiding van de respondent op het interview. Deze voorbereiding is minstens zo belangrijk als de eigen voorbereiding van een onderzoeker en voorkomt ongewenste verwarringen.

Zowel de regieverpleegkundigen als de artsen van de afdeling orthopedie zijn voor deelname aan dit interview via een intern mailbericht vanaf een Isala-account benaderd. Binnen dit mailbericht stond een uitnodiging tot een interview beschreven, waarbij er is gestreefd het doel van dit interview zo duidelijk mogelijk naar voren te laten komen. Hierdoor wist de respondent waar hij/zij aan toe was en is er tevens verwarring voorkomen rondom de voorstelling van de aard van het interview (de Jong, de Maesschalk, Vanderbroele, Glorieux, & Visser, 2012). De interviews zijn opgenomen met een voicerecorder, waardoor de onderzoekers hun aandacht bij het interview konden houden en niet bezig hoefden te zijn met andere bezigheden zoals notuleren. In het kader van het kunnen garanderen van enige anonimiteit, zijn er geen namen genoemd gedurende het onderzoek en is er enkel gebruik gemaakt van functietitels. Tevens is het digitale bestand met de audio-opname vernietigd na het transcriberen hiervan.

3.4.2 Enquête

Er is binnen dit onderzoek gekozen voor het gebruik van een gestructureerde methode van dataverzameling: een enquête die telefonisch is afgenomen bij de onderzoeksgroep. Binnen het onderzoek van Kamphof & Pleijsier (2016) is er een aangepaste enquête aan de bijlagen toegevoegd die gebruikt zou kunnen worden bij een eventueel vervolgonderzoek. Deze aangepaste enquête is niet gebruikt binnen dit onderzoek, omdat de aangepaste wijze van scoren niet gevalideerd bleek. De originele enquête is in plaats van de aangepaste enquête gebruikt binnen dit onderzoek.

Binnen de opgestelde enquête (zie bijlage 3) is er gebruik gemaakt van gesloten en halfopen vragen om te kunnen achterhalen of de desbetreffende patiënt de volledige behandeling van de neuszalf en zeep heeft gevolgd. Vanuit deze resultaten is uiteindelijk berekend welk percentage van de respondenten therapietrouw is geweest aan deze behandeling. Tevens zijn er extra vragen toegevoegd aan de bestaande enquête rondom de rol die voorlichting speelt binnen de patiëntenvoorlichting. Er is gestreefd naar het zo naadloos mogelijk laten aansluiten van de nieuwe vragen rondom de rol van patiëntenvoorlichting op de al bestaande vragen. Dit om uniformiteit van de gehele enquête te verkrijgen en te voorkomen dat de extra vragen als een losstaande enquête worden gezien. Dit is belangrijk binnen de overzichtelijk- en compleetheid van de enquête, tevens twee basiseisen voor het ontwerpen van enquêtes (Verhoeven, 2010). Deze extra vragen zijn gebaseerd op de literatuur, met betrekking tot positieve en negatieve invloeden van de verschillende stijlen van patiëntenvoorlichting. Vanuit deze resultaten is er gekeken naar de verschillende aspecten welke, positief of negatief, zijn ervaren door de patiënt binnen de voorlichtingen. De verkregen resultaten hebben uiteindelijk bijgedragen aan de verbetering van het voorlichtingsproces.

Naast de inhoudelijke enquêtevragen, is er ook gekeken naar socio-demografische gegevens zoals leeftijd, het geslacht en het medicatiegebruik van de respondenten. Naar deze gegevens is niet gevraagd gedurende de telefonische afname, deze gegevens waren namelijk al bekend in het systeem van waaruit er gewerkt is. Gezien de privacy van de respondenten is er niet naar verdere personalia gevraagd naast de al bekende gegevens. Voor de vraag naar medicatiegebruik is gekozen, “om te zoeken naar een verband tussen patiënten die al bekend waren met medicatiegebruik en therapietrouw.” (Kamphof & Pleijsier, 2016, p. 20). Volgens Laan (2008) kan het gebruik van meerdere soorten medicatie als een belemmerende factor fungeren met betrekking tot de therapietrouw van de patiënt. Hierbij stellen van den Brink-Muinen & van Dulmen (2004) dat polyfarmacie (het gebruik van meerdere medicatie tegelijkertijd) de therapietrouw verlaagt en de therapie-ontrouw juist verhoogt. De vragen binnen de enquête zijn specifiek en het onderwerp is duidelijk (zie bijlage 3). Daarnaast is het gebruik van medische jargon vermeden binnen deze enquête, gezien het feit dat er bij de respondenten niet vanuit gegaan mocht worden dat zij kennis hadden van medische termen.

Binnen het uitgevoerde onderzoek is ervoor gekozen om in de afgenomen enquête gebruik te maken van dichotome vragen, schaalvragen, open en halfopen vragen. De dichotome vragen, waarin maar twee antwoorden mogelijk zijn, komen vooral voor binnen de vragen die gebaseerd waren op de Medication Adherence Report Scale (MARS) (Horne & Weinman, 1999). De MARS kan inzicht geven in de mate van therapietrouw aan de hand van enkele ja/nee-vragen rondom het gebruik van bijvoorbeeld de voorgeschreven medicatie. Binnen het onderzoek geeft het instrument inzicht in de therapietrouw van het gebruik van de neuszalf en zeep bij deze onderzoeksgroep. Tevens is er gebruik gemaakt van de dichotome antwoordmogelijkheden binnen het thema ‘kweken’. Daarnaast zijn de schaalvragen voor het grootste gedeelte gebaseerd op het Beliefs about Medicine Questionnaire (BMQ). De BMQ (Horne, Weinman, & Hankins, 1999) is vooral gebruikt om de verwachtingen/zorgen van de patiënt rondom medicatie in beeld te krijgen. Dit aan de hand van stellingen en een scoreschaal van “1 tot 5”, waarbij 1 geheel mee oneens en 5 geheel mee eens inhoudt. Zowel het MARS- als het BMQ-instrument zijn gevalideerde instrumenten, waardoor deze zeer geschikt waren voor het gebruik in een wetenschappelijk onderzoek als deze. Binnen het thema voorlichting en de invloed hiervan op de therapietrouw is er gebruik gemaakt van de Short Assessment Patient Satisfaction (SAPS). De SAPS (Sansoni, et al., 2011) is een instrument dat gebruikt kan worden om de tevredenheid van de patiënt in beeld te krijgen. Dit instrument lag aan de basis van de vragen die zijn opgesteld rondom de effectiviteit en mogelijke verbeterpunten rondom de voorlichting die de patiënt heeft gekregen. Daarnaast zijn de vragen rondom alle

schriftelijke informatie die de patiënt heeft ontvangen, gebaseerd op de Usefulness scale for patients informational material (USE). Aan de hand van de USE (Hözel, et al., 2015) kan de bruikbaarheid en effectiviteit van de informatie die de patiënt heeft inzichtelijk worden gemaakt. Beide instrumenten zijn tevens gevalideerde instrumenten, wat maakt dat deze daadwerkelijk gebruikt zijn binnen het onderzoek. Tevens zijn er binnen het thema patiëntenvoorlichting enkele open vragen opgesteld, waar modellen en EPB-informatie vanuit het theoretisch kader aan ten grondslag liggen. Zie bijlage 3 voor de integratie van deze instrumenten in de enquête.

De enquête is afgenomen aan de hand van een bel-script, dat gebaseerd is op de enquête zelf. Dit heeft gefungeerd als een vorm van houvast voor de interviewer en heeft tevens gezorgd voor uniformiteit binnen alle enquêtes die afgenomen zijn, zie bijlage 4. Daarnaast is de informatie die verkregen is tijdens het afnemen van de enquête gelijktijdig ingevoerd in het systeem 'de Research Manager'. Binnen dit systeem stonden de vragen en antwoordmogelijkheden open en konden deze worden ingevoerd door de interviewer. Hierdoor hoefde er geen apart document te worden gebruikt om individuele interviews uit te werken, maar konden alle interviews in hetzelfde systeem uitgewerkt worden. Tevens was er tijdens het werken met 'de Research Manager' minder kans op het maken van fouten tijdens het uitwerken van de resultaten. Dit vanwege het gegeven dat de resultaten vanuit 'de Research Manager' geëxporteerd konden worden richting SPSS (software voor statistiek en data-analyse) zonder dat de informatie handmatig overgenomen moest worden.

3.4.3 Telefonisch aspect

Binnen de uitvoering van dit onderzoek is er gekozen voor het telefonisch afnemen van de opgestelde enquête. Dit kwam in eerste instantie voort uit het feit dat de respons op een enquête hoger ligt bij een mondelinge enquête dan bij een schriftelijke vorm (de Goede & Baarda, 2010). Gezien het feit dat dit onderzoek gevalideerd inzichtelijk wilde maken wat de mate van therapietrouw was en wat de invloed van patiëntenvoorlichting hierop was, is er naar een hoge respons gestreefd. Wel was een belangrijke randvoorwaarde aan het verkrijgen van een hogere respons, dat de vragen eenvoudig opgesteld waren en kort van duur moesten zijn. Daarnaast is er ook gekozen voor het telefonisch afnemen vanwege de anonimiteit van de respondent, waardoor de interviewer de respondent niet kon beïnvloeden in het gegeven antwoord en de respondent een eerlijker antwoord durfde te geven (Baarda, 2014).

Tevens was het van groot voordeel voor de afnemer van de enquête, die de gegevens direct kon verwerken binnen de gebruikte software binnen dit onderzoek. Hierdoor hoefden de resultaten niet eerst genoteerd te worden, maar konden deze gelijk met het afnemen van de enquête worden ingevoerd (van der Plicht & Blankers, 2013). Een van de belangrijkste redenen dat er voor een telefonische enquête is gekozen, is het feit dat deze vorm tijd- en kostenbesparend was voor zowel de onderzoekers als de respondenten. Hierin woog het belang van de patiënt, waarvan de gemiddelde leeftijd bij deze orthopedische ingrepen rond de 68,2 (Totale Heup Prothesiologie: 68,9, Totale Knie Prothesiologie: 67,5) (Nederlandse Orthopaedische Vereniging, 2014) het zwaars. Van deze patiëntengroep mocht er niet worden verwacht dat zij naast alle afspraken binnen het voor- en na traject rondom de artroplastiek aanwezig konden zijn bij een persoonlijk onderzoeksinterview. Hiervoor stonden er te veel praktische en kostentechnische obstakels in de weg voor de patiënt, waardoor dit in de praktijk niet gerealiseerd kon worden. Dit ondanks het feit dat meestal de voorkeur wordt gegeven aan het persoonlijk afnemen van een enquête, vooral vanwege het feit dat er mondelinge toelichting op vragen kon worden gegeven wanneer deze niet begrepen werden.

Wel zitten er enkele nadelen aan het telefonische enquêteren vast, waar gedurende het proces van afname rekening mee moest worden gehouden. Eén van de grootste obstakels is de non-respons van respondenten, vanwege ervaringen met commerciële organisaties die tevens telefonisch enquêteren (Baarda, 2014). Om dit deels te ondervangen, is er zoals eerder beschreven, een

belschema ontwikkeld. Hierin is expliciet aangegeven dat er vanuit het Isala werd gebeld vanwege de participatie aan de onderzoeksgroep van de MuPi Trial. Door dit duidelijk in het belschema beschreven te hebben en dit min of meer gelijk te vermelden, kon dit obstakel deels worden weggenomen. Hierin was het tijdstip waarop de respondent gebeld werd ook zeer belangrijk, dit heeft binnen gebruikelijke tijden, na tien uur en tot vijf uur, plaatsgevonden om de non-respons zo laag mogelijk te houden. Binnen het onderzoek van Pleijsier & Kamphof (2016) is tevens naar voren gekomen dat de respondenten uit de onderzoeksgroep bang zijn dat de antwoorden die zij geven binnen de telefonische enquête invloed hebben op de verdere behandeling van de patiënt. Om dit te ondervangen is er aan het begin van het afnemen van de enquête aangegeven, dat de antwoorden anoniem werden verwerkt en geen invloed hadden op de verdere behandeling van de patiënt.

3.5 Data-analyse

Nadat de enquête was afgenomen onder de respondenten, is de verkregen data geanalyseerd. Daarbinnen was het belangrijk om de verkregen data eerst op te schonen om te kunnen verifiëren dat alle vragen beantwoord waren en of deze ook bruikbaar waren (van der Plicht & Blankers, 2013). Dit is gebeurd binnen 'de Research Manager', waarbij alle enquêtes zijn gecontroleerd op volledigheid en bruikbaarheid. Na het opschonen van de data is de data geëxporteerd naar SPSS.

Binnen deze analysefase van een kwantitatief onderzoek is het volgens Smits & Edens (2015), belangrijk om te weten aan de hand van welke meetniveaus de variabelen binnen dit onderzoek gemeten gaan worden. Dit omdat de uiteindelijke analysemethode van de verkregen data afhankelijk is van deze meetniveaus. Deze worden onderscheiden op een viertal niveaus: nominaal, ordinaal, interval en ratio (de Jong, et al., 2015). Binnen dit onderzoek is er op drie van de vier meetniveaus geanalyseerd. Er is bijvoorbeeld gekeken naar het verschil van man/vrouw en het wel of niet gebruiken van de neuszalf, beiden op een nominaal meetniveau. Nominaal betekent dat er verschillende categorieën zijn, maar hier geen verschil tussen zit. Het begrijpen van de werking van de neuszalf en de zeep of de begrijpbaarheid van de gegeven voorlichting zijn op ordinaal niveau. Bij een ordinaal niveau onderscheiden de verschillende waarden bepaalde categorieën binnen de ordering, zoals eens/oneens. Ten slotte is er gekeken naar leeftijd en het aantal dagen gebruik van de neuszalf, wat neerkomt op ratio. Ratio valt onder het scale-metniveau en betekent dat de variabele uit verschillende waarden kan bestaan waar een verschil tussen kan zitten. Bij een ratio kan de waarde ook een "0" zijn, wat betekent dat er bij een ratio sprake is van een nulpunt. Niet alleen zijn er binnen dit onderzoek kwantitatieve gegevens verkregen. Er zijn binnen dit onderzoek tevens interviews afgenomen en er zijn binnen de telefonische enquêtes open vragen gesteld, die uiteindelijk zijn geanalyseerd. De kwalitatieve informatie is op een inductieve manier geanalyseerd, waarbinnen er is begonnen met het verzamelen van data. Vanuit deze data kon er worden gekeken op welke thema's er geconcentreerd moest worden. Dit is gebeurd aan de hand van de methode die staat beschreven in het boek 'Analyseren in kwalitatief onderzoek' (Boeije, 2005). Hierbinnen is de verkregen kwalitatieve data gelabeld en onderverdeeld per kernthema, waarbij per kernthema een conclusie is getrokken. Het labelen en coderen van deze data heeft onafhankelijk plaatsgevonden, wat kan bijdragen aan de kwaliteit van een onderzoek, doordat afwijkende interpretaties van bepaalde fragmenten met elkaar geconfronteerd kunnen worden (Reis, van der Geest, & Gerrits, 2007). De verkregen kwalitatieve gegevens betreffende het voorlichtingsproces zijn tevens verwerkt in stroomdiagrammen, die als visuele ondersteuning gelden binnen het analyseproces en welke meegenomen zijn als resultaat binnen dit onderzoek.

De kwantitatieve gegevens zijn verwerkt in grafieken en tabellen. Dit om inzicht te creëren in dat wat onderzocht is, met onbewerkte gegevens kan een onderzoeker namelijk niks beginnen (de Jong, et al., 2015). Er is een verscheidenheid aan tabellen en grafieken gebruikt om de resultaten overzichtelijk in kaart te brengen. In eerste instantie zou het grootste gedeelte van de kwantitatieve

informatie worden verwerkt in frequentietabellen, waarbij de variable met de daarbij behorende waarden op een overzichtelijke manier weergegeven kon worden (van Groningen & de Boer, 2014). Als deze frequentietabellen gevisualiseerd werden, ging de voorkeur bij een variabele met weinig waarden uit naar het gebruik van een cirkeldiagram. Wanneer er variabelen met veel waarden aanwezig waren, of een bepaald resultaat gevisualiseerd moest worden aan de hand van absolute aantallen, ging de voorkeur uit naar het gebruik van een staafdiagram. Op het moment dat er een verband aangetoond moest worden tussen twee bepaalde variabelen, is er binnen dit onderzoek gebruik gemaakt van een kruistabel. Wanneer binnen dit onderzoek een verschil aangetoond zou worden, is dit gedaan aan de hand van een Chikwadraat-toets. Aan de hand van een dergelijke toets kan er worden aangetoond of een verschil in waarden wel of geen toevallig gegeven betreft.

3.6 Betrouwbaarheid en validiteit

Betrouwbaarheid

“Zal ik bij herhaalde metingen hetzelfde resultaat krijgen?” (de Jong, Vandenbroele, Glorieux, de Maesschalck & Visser, 2012, pp 141.)

“De mate waarin we ervan mogen uitgaan dat herhaling van het onderzoek tot dezelfde resultaten zal leiden.” (Doorewaard, Kil & Ven, 2015, pp 144.)

Het was van groot belang om de enquête op een en dezelfde manier af te nemen om de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten. Door een vaste opzet te hanteren voor het afnemen van de telefonische enquête is de kans op afwijkingen in de antwoorden zo klein mogelijk gemaakt (Baarda, 2014). De doelgroep heeft een gemiddelde leeftijd van 68,2 (THP: 68,9, TKP: 67,5) (Nederlandse Orthopaedische Vereniging, 2014). Dit maakte dat er rekening gehouden moest worden met de gemiddelde leefstijl van deze doelgroep en de belmomenten hierop aangepast moesten worden. Doordat de telefoongesprekken gedeeltelijk anoniem waren, kon de persoon bij wie de enquête telefonisch afgenomen werd niet beïnvloed worden door de interviewer (Baarda, 2014). Daarnaast zijn de deelnemers geattendeerd op het feit dat de antwoorden geen effect zouden hebben op hun behandeling en dat de gegevens anoniem verwerkt zouden worden. Er is gestreefd naar het zo kort mogelijk houden van de opgestelde vragen, om zo de moeilijkheidsgraad van de vragen te verlagen. Wanneer vragen moeilijk of onbegrijpelijk zijn, zal een respondent dit niet snel aangeven en zal sneller zomaar een antwoord geven om hiervan af te zijn (de Goede & Baarda, 2010). Doordat het meetinstrument al een keer is gebruikt, is er al een uitgevoerde steekproef die gebruikt kon worden voor dit vervolgonderzoek (Kamphof & Pleijsier, 2016). De vragen die zijn toegevoegd aan de enquête konden de betrouwbaarheid naar beneden brengen, maar de vragen zijn gebaseerd op gevalideerde meetinstrumenten. Hierdoor mocht vastgesteld worden dat de totale enquête een gevalideerd meetinstrument is.

De gevalideerde enquête bestaat uit vragen met dichotome vragen, schaalvragen, open en halfopen vragen. Bij dichotome vragen zijn er maar twee antwoorden mogelijk. Deze vragen zijn gebaseerd op het MARS-instrument. Het MARS-instrument geeft inzicht in de mate van therapietrouw door middel van ja/nee-vragen (Horne & Weiman, 1999). De schaalvragen zijn voortgekomen uit het BMQ-instrument. Het BMQ-instrument richt zich op de verwachtingen en zorgen van de patiënt rondom de medicatie. Dit is in kaart gebracht door middel van een schaal die loopt van 1-5 (Horne, Weiman, & Hankins, 1999). Beide instrumenten zijn gevalideerd. Voor het opstellen van de aanvullende vragen, betreffende patiëntenvoorlichting is er gebruik gemaakt van de SAPS en de USE. De SAPS wordt gebruikt om de tevredenheid van de patiënt in kaart te brengen (Sansoni, et al., 2011). De vragen rondom de schriftelijke patiëntinformatie zijn opgesteld volgens de USE. Deze meet de bruikbaarheid en effectiviteit van het informatiemateriaal (Hözel, et al., 2015). Zowel de vragen die zijn gebaseerd op de USE als de vragen die zijn gebaseerd op de SAPS zijn schaalvragen waarop gescoord kan worden met een score van 1 tot 5, ”, waarbij 1 geheel mee oneens en 5 geheel mee eens inhoudt.

Validiteit

Met validiteit wordt het volgende bedoeld: *“heeft het meetinstrument wel datgene te pakken wat we willen weten”* (Harinck, 2010)? Binnen dit onderzoek is er vooral ingegaan op de inhoudsvaliditeit. Hierbij is er vooral gekeken of het meetinstrument toereikend genoeg was voor de te meten werkelijkheid (Jong, Vandenbroele, Glorieux, Maesschalck & Visser, 2012). Belangrijk was dat het meetinstrument voortvloeide uit de hoofdvraag en de deelvragen. Doordat dit vervolgonderzoek zich naast de mate van therapietrouw ook heeft gericht op de invloed van patiëntenvoorlichting op deze mate van therapietrouw, was het van belang om het gevalideerde meetinstrument aan te passen. Hierdoor is het meetinstrument toereikend voor zowel kwalitatief als kwantitatief onderzoek. Het meetinstrument maakt immers gebruik van gesloten en halfopen vragen. De halfopen vragen zijn aan het gevalideerde meetinstrument toegevoegd voor een verbinding met het theoretisch kader en de directe deelvragen. De vragen zijn zo opgesteld dat deze begrijpelijk zijn voor de deelnemers, hierdoor werd de begripsvaliditeit verhoogd. Dit maakt dat het meetinstrument toereikend is voor een meting van de werkelijkheid.

Doordat het meetinstrument al getest was gedurende een steekproef met patiënten, en de resultaten hiervan hebben uitgewezen dat het meetinstrument validerend genoeg bleek voor de werkelijkheid, kan er binnen de uitvoering van dit onderzoek ook worden uitgegaan van het feit dat de vragenlijst een gevalideerd meetinstrument betreft (Kamphof & Pleijsier, 2016). De vragen in het bestaande meetinstrument zijn afgebakend en gesloten, waardoor er gestreefd kon worden naar het juiste antwoord, wat direct terugslaat op het doel van het meetinstrument. De resultaten van het voorgaande onderzoek wijzen uit dat het beoogde antwoord verkregen kan worden bij verschillende patiënten, uit verschillende plaatsen, van verschillende leeftijd. De deelvragen, die als doel hadden om een verbinding te leggen tussen therapietrouw en patiëntenvoorlichting, zijn beoordeeld door de hoofdonderzoeker van het promotieonderzoek rondom de MuPi Trial. Omdat hij verantwoordelijk is voor het onderzoek, en deze zelf heeft opgezet, mag ervan uit worden gegaan dat dit grote invloed heeft gehad op de validiteit van het onderzoek.

Ten slotte is er gezien de betrokkenheid van meerdere onderzoekers, extra aandacht besteed aan de onderlinge betrouwbaarheid van de individueel geschreven onderdelen en geanalyseerde resultaten. Dit is nagestreefd door de onderzoekers deze onderdelen binnen het onderzoek onafhankelijk van elkaar te laten peer-reviewen, waarna de gemaakte kanttekeningen in groepsverband verder werden bediscussieerd en uiteindelijke aanpassingen zijn gemaakt. Volgens Schuiling, et al. (2012) toetst en stimuleert het peer-reviewen de kwaliteit van een onderzoek, waarbij John Wiley & Sons, Inc. (2016) de toevoeging geeft dat dit ook bijdraagt aan validiteit en originaliteit van een onderzoek.

3.7 Ethische verantwoording

Voorafgaande aan het onderzoek, en daarmee deelname aan de MuPi-trial, was het van belang dat schriftelijke toestemming werd verkregen van de patiënt. Patiënten die in aanmerking kwamen voor deelname aan de MuPi-trial werden hier in eerste instantie op geattendeerd door de arts.

Vervolgens is er door diverse voorlichtingsvormen de benodigde informatie gegeven, zodat de patiënt alle informatie heeft ontvangen om tot een weloverwogen en vrijwillige keuze te kunnen komen. Deze vereisten komen terug in de grondwetsartikelen 10 en 11 en in de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (Jong, Vandenbroele, Glorieux, Maesschalck & Visser, 2012).

Volgens de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek moet een onderzoeker bij het opstellen van een onderzoek rekening houden met de volgende aspecten:

- De patiënt moet schriftelijk worden geïnformeerd over het onderzoek;
- Een (niet bij het onderzoek betrokken) arts is beschikbaar om de patiënt te informeren;
- De patiënt moet schriftelijk toestemming geven voor deelname aan het onderzoek;
- Er moet een verzekering zijn gesloten die de eventuele door het onderzoek veroorzaakte schade van de proefpersoon dekt;
- De wet stelt eisen aan de verplichte toetsing van het onderzoek. (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2002)

Voorafgaande aan deelname is er informatie uitgereikt ten behoeve van het 'informed consent'. Hierdoor mag ervan uit worden gegaan dat de patiënt vrijwillig een weloverwogen keuze heeft kunnen maken. De resultaten van het onderzoek worden niet gepresenteerd aan derden op zodanige wijze, dat deze terug te leiden zijn naar de deelnemende patiënt. De resultaten zijn alleen gebruikt door de personen die betrokken zijn bij het onderzoek. Voorafgaande aan het telefoongesprek zijn de deelnemers ingelicht over het gebruik van de antwoorden die zij gaven over de telefoon. Deze zijn anoniem verwerkt, zonder naam en toenaam en volgens de eisen die de Wet bescherming persoonsgegevens stelt voor de verwerking van persoonsgegevens.

Ook in de beroepscode wordt gewezen op het feit dat er zorgvuldig om moet worden gegaan met persoonsgegevens. De beroepscode geeft aan dat de zorgvuldigheid rondom vertrouwelijke informatie van de patiënt ook wel beroepsgeheim wordt genoemd. Dit betekent dat er alles aan gedaan moet worden om informatie over patiënten niet te verspreiden en dat de zorgverlener zich daar zelf ook niet schuldig aan maakt. Daarnaast geeft de beroepscode aan dat de zorgverlener alleen informatie mag doorspelen naar andere partijen, mits de patiënt hier toestemming voor heeft gegeven, dit wettelijk verplicht is of wanneer zwijgen ernstige schade teweeg kan brengen bij de patiënt (V&VN & et al., 2015). De patiënten die deelnamen aan dit onderzoek zijn 18 jaar of ouder en wilsbekwaam. De patiënten waren op de hoogte van het feit dat de resultaten werden verzameld door de hoofdonderzoeker, en dat deze vijf jaar bewaard zullen worden.

3.8 Presentatie

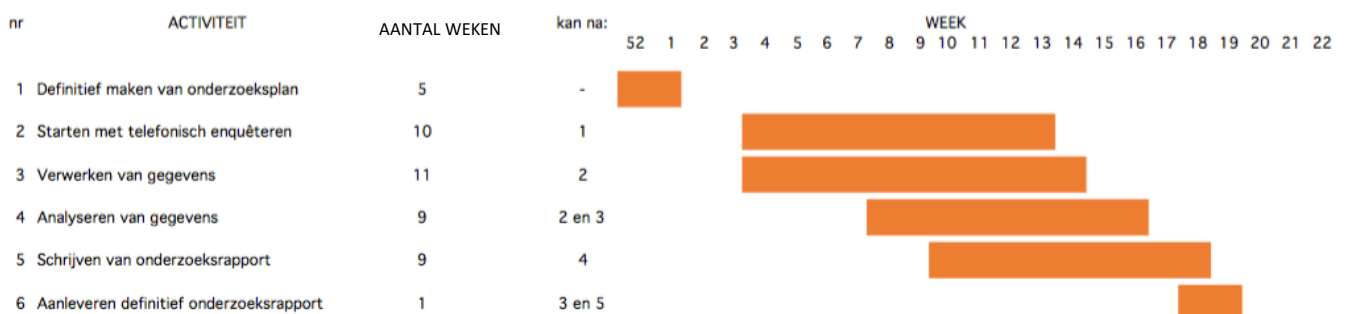
De resultaten van het onderzoek zijn tussentijds gepresenteerd aan de opdrachtgever (dr. R. Rolink, AIOS), die het grootste belang heeft bij het presenteren van de tussenresultaten. Tevens zijn de begeleidende docenten ook op de hoogte gehouden met betrekking tot de vorderingen en resultaten binnen dit onderzoek. De feedback die is verkregen vanuit de opdrachtgever en de docenten is verwerkt binnen het onderzoeksverslag. De vernieuwde versie met verwerkte feedback is opnieuw gepresenteerd aan beide partijen. Het eindresultaat wordt 1 juni 2017 binnen het Isala Zwolle (V3.2.323) om 14:30 uur gepresenteerd aan de opdrachtgever, begeleidend docent en tweede beoordelaar. Er wordt tevens een tweede presentatie gegeven voor andere belangstellenden; deze zal plaatsvinden op 19 juni 2017 aan de hogeschool Viaa te Zwolle.

3.9 Haalbaarheid en uitvoerbaarheid

Er is geprobeerd de haalbaarheid en uitvoerbaarheid van het onderzoek zo optimaal mogelijk te waarborgen door goed overleg met de opdrachtgever. Binnen het onderzoek zijn verschillende kaders gesteld, om te zorgen voor een goede afbakening. Een belangrijk kader binnen dit onderzoek is de werving van respondenten die van belang waren voor de uitvoering van het onderzoek. De verwachting was dat er ruim voldoende respondenten waren om het onderzoek te kunnen uitvoeren. Bij vragen of onduidelijkheden omtrent het onderzoek kon er laagdrempelig contact worden gezocht met de opdrachtgever; ditzelfde gold voor het contact met de begeleidend docent.

Binnen het Isala waren ruimtes beschikbaar betreffende de uitvoering van het onderzoek. Er waren computers en printers beschikbaar gesteld. Er is binnen dit onderzoek gekozen om niet met telefoons te werken, omdat dit meer ongemakken dan voordelen met zich mee zou brengen bij het telefonisch enquêteren. Vanwege dit gegeven is er gebruik gemaakt van Skype, waarmee via een computer op een anonieme wijze naar vaste en mobiele telefoons kon worden gebeld. Binnen het gebruik van Skype konden de onderzoekers gebruik maken van een headset, zodat beide handen vrij waren voor het noteren van de antwoorden van de respondent. Kortom, deze wijze van telefonisch enquêteren was gebruiksvriendelijker voor de onderzoekers. Uiteindelijk bood het de onderzoekers meer flexibiliteit in de momenten en plaatsen waarop het telefonisch enquêteren plaats heeft gevonden. De gemaakte kosten voor het bellen aan de hand van Skype zijn gedeclareerd bij het Isala te Zwolle. Als hulpmiddel binnen het telefonisch enquêteren is er een online Computer Assisted Telephonic Interviewing-tool opgesteld. Deze tool heeft de onderzoekers ondersteund betreffende de uniformiteit binnen de afgenomen telefonische enquêtes. Tevens beschikt deze tool over een routing van vragen, waardoor bij het selecteren van een bepaald antwoord van de respondent de juiste volgende vraag kon worden gesteld.

3.10 Tijdspad



4. Resultaten

In dit hoofdstuk staan aan de hand van de afgenomen enquêtes en interviews, de – per deelvraag uiteengezette – resultaten beschreven. De eerste en vierde deelvraag omvatten enkel kwalitatieve gegevens, die door de drie onderzoeksgroepsleden onafhankelijk van elkaar zijn gelabeld en zijn onderverdeeld in kernthema's (Boeije, 2005). In bijlage 6 en 7 staan alle fragmenten, labels en kernthema's verwerkt in een overzicht. De verkregen kwalitatieve gegevens betreffende deelvraag één, het voorlichtingsproces, zijn tevens verwerkt in stroomdiagrammen ter visuele ondersteuning. De tweede en derde deelvraag omvatten kwantitatieve gegevens, welke met behulp van SPSS zijn geanalyseerd. De gegevens worden visueel ondersteund door middel van tabellen, grafieken en Chi-kwadraten. In bijlage 8 staan alle tabellen behorende bij de grafieken weergegeven. Dit hoofdstuk is opgedeeld in twee delen, de resultaten vanuit de interviews en vanuit de telefonische enquêtes.

Resultaten voorlichtingstraject 4.1 Voorlichtingstraject

4.1.1 Voorlichtingsproces

Binnen figuur 4.1, betreffende het voorlichtingstraject aan de patiënt, komen de ondernomen stappen in chronologische volgorde naar voren. Deze verschillende stappen zullen onderstaand individueel worden toegelicht.

1. Polikliniek Orthopedie

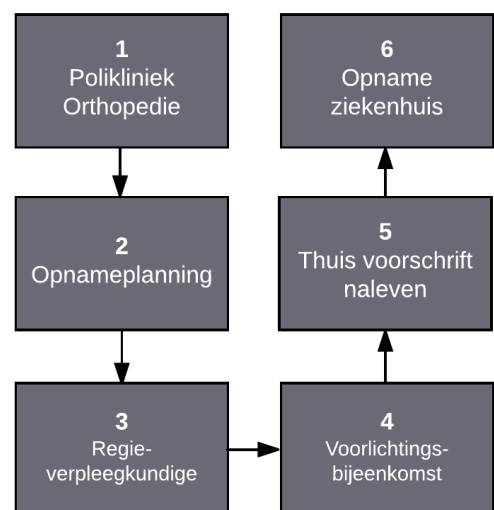
Gedurende het voorlichtingstraject komt de patiënt allereerst op de polikliniek bij de orthopeed. De orthopeed heeft een informerende rol binnen het voorlichtingstraject. Als de patiënt op de polikliniek van de orthopedie komt, voor een primaire knie- of heupprothese, informeert de orthopeed de patiënt dat hij benaderd kan worden voor deelname aan de MuPi-trial. Daarbij geeft de orthopeed aan, achter het onderzoek van de MuPi-trial te staan. Ten slotte benoemt de orthopeed dat verdere informatie over de MuPi-trial zal volgen.

2. Opnameplanning

Bij de start van de MuPi-trial was het de taak van de opnameplanning om de patiënt te informeren over de wachttijden van de operatie. Gedurende de uitvoerende fase van de MuPi-trial hebben de medewerkers van de planning een taak van de regieverpleegkundigen overgenomen: het verstrekken van het voorlichtingsmateriaal en het geven van informatie over de MuPi-trial.

3. Regieverpleegkundige

Nadat de patiënt op de polikliniek en opnameplanning is geweest, komt de patiënt diezelfde dag of op een andere geplande datum bij de regieverpleegkundige. De regieverpleegkundige heeft als taak om de patiënt te informeren over de MuPi-trial en het voorlichtingsmateriaal te verstrekken. Het voorlichtingsmateriaal bestaat uit een informatiebrief, waarin de MuPi-trial wordt toegelicht. De informatiebrief gaat in op het doel van het onderzoek, de uitvoering van het onderzoek, wat er verwacht wordt van de patiënt binnen het onderzoek en welke voor- en nadelen er zijn bij deelname aan het onderzoek. Daarnaast heeft de regieverpleegkundige als taak om de patiënt erop te attenderen dat hij het voorlichtingsmateriaal voorafgaand aan de voorlichtingsbijeenkomst goed moet doorlezen. Nadat deze taak door de opnameplanning is overgenomen, kwam de patiënt pas in contact met de regieverpleegkundige tijdens de voorlichtingsbijeenkomst.



Figuur 4.1 - Proces

4. Voorlichtingsbijeenkomst

De regieverpleegkundige, hoofdonderzoeker of onderzoekend arts van de afdeling, geeft een korte presentatie over de MuPi-trial gedurende de voorlichtingsmiddag. Aan de hand van een PowerPointpresentatie wordt de informatie over de MuPi-trial gepresenteerd. Na de presentatie wordt aan de patiënten gevraagd of zij willen deelnemen aan het onderzoek. Door deze patiënten wordt het informed consent, het toestemmingsformulier, ondertekend. De patiënten die deelnemen krijgen een pakket met neuszalf (mupirocine) en zeep/shampoo (chloorhexidine) mee naar huis. Ook krijgen de mensen een pakket met de kweekjes voor de neus, keel en het rectum mee.

5. Thuis voorschrift naleven

Nadat de patiënt op de voorlichtingsbijeenkomst is geweest, is het de verantwoordelijkheid van de patiënt om de voorschriften thuis verder na te leven. Er wordt van de patiënt verwacht dat hij/zij zeven dagen voor de dag van de operatie, de kweekjes afneemt in de neus, keel en rectum en deze opstuurt. Daarnaast wordt er van de patiënt verwacht dat hij/zij vijf dagen voorafgaand aan de operatie start met het smeren van de neuszalf en het wassen met zeep/shampoo en zich op de dag van de operatie voor de een laatste keer wast met de zeep/shampoo. Ook wordt er verwacht dat de patiënt op de dag van de operatie de neuszalf aanbrengt. Ten slotte wordt er verwacht dat de patiënt bij vragen contact opneemt met het telefoonnummer dat vermeld staat in de informatiebrief.

6. Opname ziekenhuis

Als laatste stap wordt de patiënt opgenomen in het ziekenhuis. In het voorlichtingsmateriaal dat de patiënt heeft gekregen staat dat de patiënt de neuszalf mee moet nemen naar het ziekenhuis. Na de operatie wordt er van de patiënt verwacht dat hij de neuszalf nog twee dagen aanbrengt.

4.1.2 Voorlichtingsmateriaal

Als de patiënt op de polikliniek van de orthopedie afdeling komt, krijgt de patiënt een informatiebrief betreffende de MuPi-trial. Deze informatiebrief bestaande uit vier pagina's geeft allereerst een introductie, waarin wordt beschreven dat deze brief wordt gegeven om een goede afweging te kunnen maken in het wel of niet deelnemen aan de MuPi-trial. Er wordt toegelicht dat men de informatiebrief eerst rustig kan doorlezen, bespreken en vragen kan stellen aan de artsen voordat men een handtekening zet voor een daadwerkelijke deelname. Daarna wordt er in een aantal zinnen uitgelegd wat het doel van het onderzoek is. Vervolgens volgt er een kopje dat uitleg geeft over de (genees)middelen die worden gebruikt binnen de MuPi-trial. Tevens wordt er vermeld dat er binnen het onderzoek 50% kans is op de werkzame neuszalf en zeep/shampoo en 50% kans op een placebo. De term 'placebo' wordt ook in een paar zinnen toegelicht.

Het volgende kopje gaat in op de manier waarop het onderzoek uitgevoerd wordt. Hierin wordt aangegeven dat het een dubbelblind onderzoek betreft en dat er meerdere ziekenhuizen betrokken zijn binnen het onderzoek. Vervolgens staat er met dikgedrukte letters in de tekst verwerkt wanneer men moet beginnen met het smeren en wassen. Ook staat er beschreven dat men een week voorafgaand aan de operatie, de kweken in de neus, keel en rectum moet afnemen en daarna meteen moet opsturen. Tevens staat beschreven dat de kweken op de afdeling herhaald worden en in dikgedrukte letters dat men de neuszalf mee moeten brengen naar het ziekenhuis, en tot twee dagen na de operatie moet doorgebruiken.

In de volgende kopjes wordt er in een paar zinnen beschreven dat er geen beperkingen zijn als men deelneemt aan dit onderzoek. En dat men normaal gesproken bij een knie- en heupoperatie geen antibacteriële neuszalf en desinfecterende zeep hoeft te gebruiken, maar dat verder de standaardprocedure wordt gevolgd. Vervolgens wordt er in een volgend kopje beschreven welke bijwerkingen men kan verwachten, en wat de mogelijke voor- en nadelen zijn bij deelname aan het

onderzoek. Verder wordt er onder een kopje aangegeven wat er gebeurt als men niet wenst deel te nemen aan het onderzoek. Hierin wordt uitgelegd dat het niet deelnemen aan het onderzoek geen enkele invloed heeft op de verdere behandeling of begeleiding. Een ander onderwerp dat wordt beschreven gaat in op wat er gebeurt als het onderzoek is afgelopen. Verder wordt er in het volgende kopje vermeld of men verzekerd is als men aan het onderzoek meedoet. Daarna wordt er in andere kopjes nog ingegaan op wat er met de gegevens van de patiënt wordt gedaan, of er extra kosten zijn en dat het onderzoek is goedgekeurd door een medisch-ethische toetsingscommissie. Ten slotte wordt er vermeld dat men zich kan terugtrekken uit het onderzoek en wordt er verwezen naar de telefoonnummers van een onafhankelijke arts en de hoofdonderzoeker. Op de achterzijde van de informatiebrief zit het toestemmingsformulier, die men moet ondertekenen bij deelname aan het onderzoek.

4.2 Intern proces voorlichtingstraject

4.2.1 Taakverdeling

Binnen het voorlichtingstraject van de MuPi-trial worden verschillende taken onderverdeeld over de betrokken disciplines. Deze taken zijn overzichtelijk weergegeven in onderstaand figuur 4.2.

Arts (hoofdonderzoeker)	Regieverpleegkundige	Verpleegkundige	Overige disciplines
•Onderzoek opzetten; •Inlichten van betrokken partijen over Mupi-trial; •Contactpersoon voor alle betrokken partijen; •Proefdraaien voorlichtingsbijeenkomst; •Bereikbaar voor vragen van patiënten en verpleegkundigen; •Arts informeert de patiënt over de Mupi-trial; •Arts is beschikbaar voor vragen tijdens de voorlichtingsbijeenkomst.	•Beoordelen opgestelde foldermateriaal. •Uitreiken foldermateriaal Mupi-trial; •Attendeert de patiënt op goed doorlezen van informatie; •Bereikbaar voor vragen via telefonisch spreekuur; •Voorlichting leiden tijdens de bijeenkomst; •Nagaan van kennis tijdens de voorlichtingsbijeenkomst; •Beantwoorden van vragen; •Uitreiken toestemmingsformulieren en Mupi-pakketten; •Belt de patiënt een dag voor opname; •Includeren van patiënten die deelnemen aan de Mupi-trial; •Patiëntendossier voorzien van kenmerk Mupi-trial.	•Bijhouden van actualiteiten in de nieuwsbrief, om zo op de hoogte te blijven van lopende onderzoeken op de afdeling; •Opnamegesprekken leiden; •Controleren op meebrengen neuszalf bij opname; •Controleren en attenderen op smeren van de neuszalf tijdens de opname; •2e kweekjes aanreiken bij opname op de verpleegafdeling.	•Apotheek levert onderzoeksproducten; •Hoofdverpleegkundige stelt een nieuwsbrief op voor de verpleegkundigen; •Opnameplanning geeft de patiënt foldermateriaal mee over de Mupi-trial; •Opnameplanning attendeert de patiënt op bereikbaarheid van de regieverpleegkundige; •Onderzoekend arts leidt de voorlichtingsbijeenkomst; •Microbioloog analyseert de kweekjes; •Onafhankelijke arts (kinderarts) is bereikbaar voor vragen.

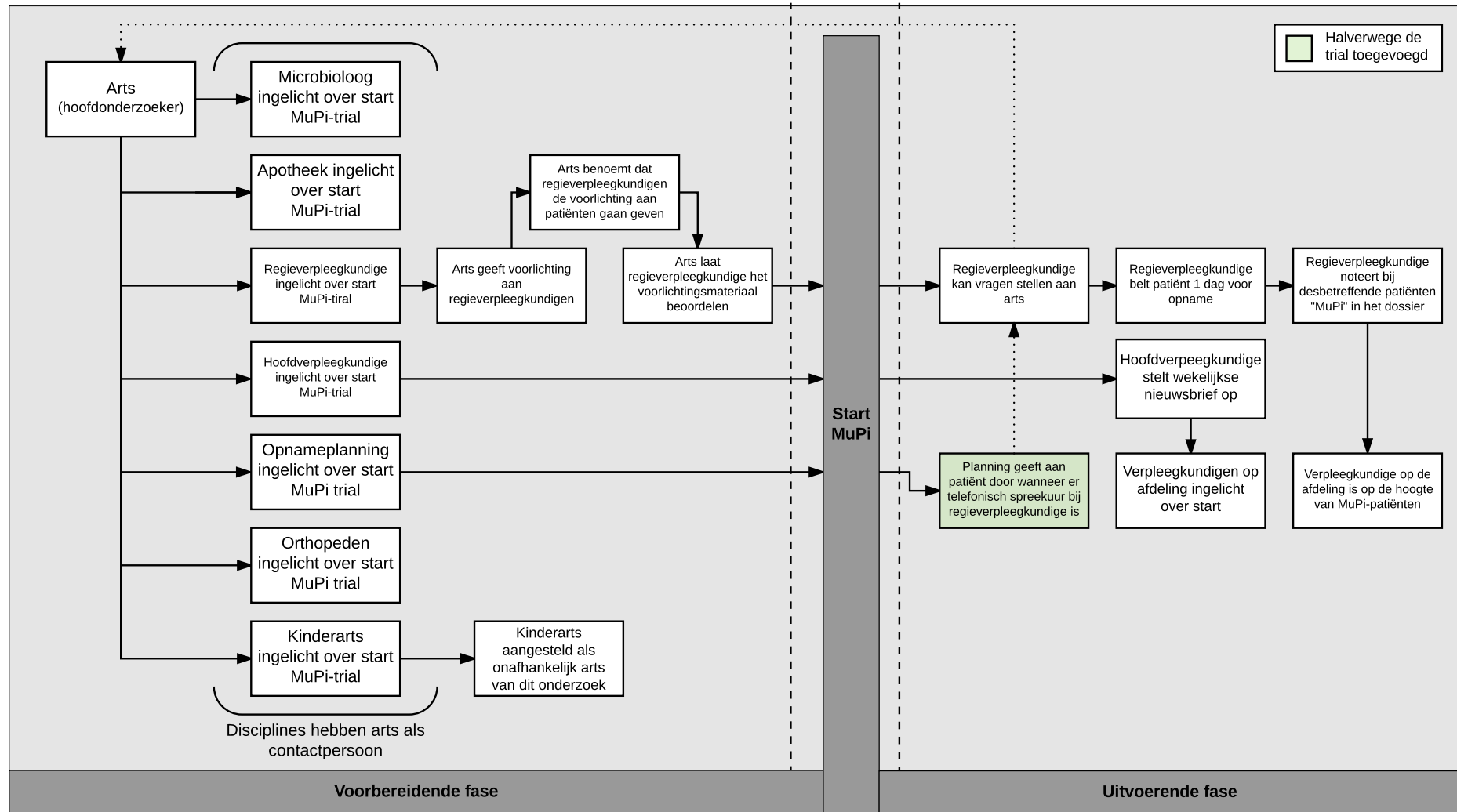
Figuur 4.2 - Taakverdeling

4.2.2 Communicatie

Om het voorlichtingsproces binnen de MuPi-trial op een transparante wijze inzichtelijk te krijgen, is er tevens gekeken naar de manier waarop het interne communicatieproces van de MuPi-trial is vormgegeven. Gezien de complexiteit van dergelijke processen op het moment dat deze in een tekst verwerkt staan, wordt deze onderstaand op een overzichtelijke wijze in een 'stroomdiagram' weergegeven, zie figuur 4.3. Binnen dit stroomdiagram wordt de arts – ook wel hoofdonderzoeker – als eerste discipline beschreven, gezien de arts de opstart van de MuPi-trial zelf heeft vormgegeven. Het stroomdiagram maakt inzichtelijk hoe de verdere communicatie vanaf de arts richting de andere disciplines is verlopen en op welke momenten er onderlinge communicatie tussen de disciplines heeft plaatsgevonden.

Opvallend gegeven betreffende het proces van interne communicatie is het punt binnen het proces waarop de arts pas gedurende de uitvoerende fase contact heeft gehad met de hoofdverpleegkundige van de afdeling, om deze in te lichten over de MuPi-trial. Hierdoor heeft de hoofdverpleegkundige pas op een verlaat moment een nieuwsbrief op kunnen stellen, waarna de verpleegkundigen van de afdeling pas op een later moment geïnformeerd zijn geraakt, rondom het bestaan van de MuPi-trial. Een ander opvallend gegeven aan dit proces is de keuze die is gemaakt om het grootste deel van de taken van de regieverpleegkundige met betrekking tot de voorlichting rondom de MuPi-trial over te hevelen naar de opnameplanning. Hierdoor is het procespunt waarin de opnameplanning de patiënt in moet lichten over het telefonische spreekuur van de regieverpleegkundige op een later moment aan de interne communicatie toegevoegd.

Voorlichting, de formule voor therapietrouw?



Figuur 4.3 – Interne communicatie

4.3 Belemmeringen & stimulansen voorlichtingstraject

4.3.1 Belemmeringen

Vanuit de afgenomen interviews met de regieverpleegkundigen en de onderzoekend arts is naar voren gekomen dat er binnen het voorlichtingsproces van de MuPi-trial een aantal belemmeringen is ervaren door zowel de arts als de regieverpleegkundigen. De arts geeft aan dat de integratie van de MuPi-trial op de verpleegafdeling niet soepel is verlopen. Zo was het voor de verpleegkundigen niet duidelijk wat er op de verpleegafdeling gedaan moest worden in het kader van de MuPi-trial. Dit resulteerde in het niet afnemen van de 2e set kweekjes op de dag van de operatie. Daarnaast benoemt de arts dat er in de opstartfase van de MuPi geen voorlichtingsbijeenkomst werd gegeven, waardoor er geen patiënten geïnccludeerd konden worden en het onderzoek vertraging opliep (vanuit fragment 1.3.1).

De regieverpleegkundigen geven op hun beurt aan dat er inderdaad geen voorlichtingsbijeenkomst werd georganiseerd in de opstartfase van de MuPi-trial. Volgens een van de regieverpleegkundigen is het onderzoeksproces niet goed in kaart gebracht en waren diverse disciplines niet op de hoogte van de MuPi-trial toen deze van start ging. *“Ik denk dat je het proces eerst heel goed in kaart moet brengen, en in stappen, dat je pas kan starten als iedereen op de hoogte is die daaraan meewerkt, denk ik”* (fragment 3.8.3).

Vervolgens was er onduidelijkheid over de taakverdeling van het voorlichten tijdens de voorlichtingsbijeenkomst. Zo beschrijft een van de regieverpleegkundigen: *“Tijdens het voorlichtingstraject was het nog een beetje onduidelijk wie uiteindelijk de eerste voorlichting zou geven. Eigenlijk werd het een beetje bij ons in de schoot geworpen (...). Daar waren wij het niet helemaal mee eens, want we zijn natuurlijk allemaal gewoon algemeen verpleegkundigen”* (fragment 2.8.2). De regieverpleegkundigen geven tevens aan dat zij de leidinggevende rol van de arts hebben gemist tijdens de opstart van de MuPi-trial: *“Dus, maar de eindverantwoordelijke is de onderzoekmedewerker en, die hoort het te leiden en die hoort ook de meeste informatie te geven”* (fragment 3.10.2). Daarnaast komt al het papierwerk dat er bij de MuPi-trial komt kijken bovenop het papierwerk dat de patiënt al meekrijgt ter informatie betreffende de operatie. Zo omschrijft een van de regieverpleegkundigen: *“Patiënten hadden ook wel vaak zoiets van, oh wat is dit nu weer. Dus je voelde je eigenlijk bijna bezwaard om het te introduceren”* (fragment 3.8.1). Ten slotte heeft de overvolle voorlichtingsbijeenkomst ook als een belemmering gewerkt voor de regieverpleegkundigen. De reden dat de voorlichtingsbijeenkomst overvol was, kwam doordat het stukje voorlichting over de MuPi-trial gegeven werd na de complete voorlichting over de operatie. Er was amper tijd om een voorlichting te kunnen geven die overkwam en beklijfde bij de patiënt.

4.3.2 Stimulansen

Alleen de regieverpleegkundigen hebben het ervaren van stimulansen aangegeven gedurende het interview en zijn qua hoeveelheid ondergeschikt aan de belemmeringen die zijn ervaren tijdens het voorlichtingsproces. De regieverpleegkundigen gaven aan dat ze de samenwerking tijdens de voorlichtingsbijeenkomst als prettig hebben ervaren. Een van de regieverpleegkundigen komt hierbij terug op de belemmering die zij heeft aangegeven: *“Uiteindelijk was het een best leuk onderzoek en wel goed gerelateerd aan onze rol, zeg maar”* (fragment 2.8.3).

4.4 Visie op het voorlichtingsproces

4.4.1 Rolverdeling

Zowel de arts, ook wel hoofdonderzoeker, als de regieverpleegkundigen zijn gedurende de interviews bevraagd op hun visie op de rol van de andere disciplines en hoe deze losstaand van de huidige situatie ingevuld zouden moeten worden. Samenvattend uit de fragmenten die zijn verkregen bij het interviewen van de arts kan worden opgemaakt dat de regieverpleegkundige volgens de arts een bepaald pakket aan rollen moet kunnen uitvoeren (fragment 2.1.1 t/m 2.1.3). Deze zijn binnen de kernthema's van dit onderzoek vertaald naar de rollen: informeren, beantwoorden, controleren, attenderen en faciliteren. Zij moeten zelfstandig informatie over de MuPi-trial kunnen verstrekken, de patiënt attenderen op de voorlichtingsmiddag, deze voorlichting zelfstandig kunnen geven, vragen van patiënten kunnen beantwoorden, controleren op het lezen van het voorlichtingsmateriaal en het faciliteren van voorlichtingsmateriaal en pakketjes.

De regieverpleegkundigen beschreven dat de hoofdonderzoekende arts de eindverantwoordelijke rol op zich zou moeten nemen binnen de MuPi-trial. Hiermee wordt bedoeld dat de arts het grootste gedeelte van de leiding in het geheel op zich neemt en de benodigde informatie verstrekt richting alle betrokken disciplines binnen deze trial. Dit houdt volgens de regieverpleegkundigen in dat de hoofdonderzoekende arts zelf zijn patiënten includeert en daarnaast de voorlichtingen rondom de MuPi-trial zelf aan de patiënt geeft. Dit omdat *“het face-to-face contact natuurlijk wel klein is, als zij dan op een voorlichting komen hebben ze de kans om het goed uit te leggen”* (fragment 3.10.2). Tot slot beschreven de regieverpleegkundigen dat de hoofdonderzoekende arts tevens over een samenwerkende rol moet beschikken, gezien *“je het wel samen moet doen”* (fragment 3.10.4).

4.4.2 Proces

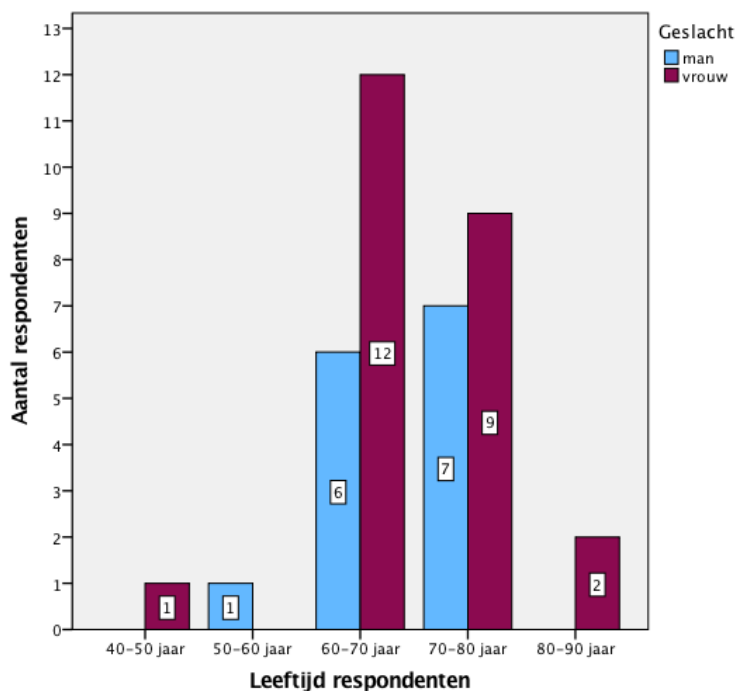
De regieverpleegkundigen zijn binnen de afgenomen interviews bevraagd op de manier waarop zij het voorlichtingstraject van de MuPi-trial vanuit hun rol hebben ervaren. Hierin is een duidelijke tweedeling aanwezig tussen positieve en demotiverende ervaringen gedurende dit voorlichtingstraject. Deze tweedeling doet zich hoofdzakelijk voor op het punt waarbij de regieverpleegkundigen kijken naar de patiënt binnen dit voorlichtingsproces. Zo werd er enerzijds benoemd dat de patiënten *“al tig formulieren in een map krijgen en zien door de bomen het bos niet meer”* (fragment 3.8.1), maar anderzijds dat *“de patiënt weet waar die terecht kan”* (fragment 2.8.1). Bij de demotiverende ervaringen werd zelfs aangegeven dat de verpleegkundige zich bezwaard voelde om dit onderzoek onder de aandacht te brengen bij de patiënt.

Deze tweedeling was niet aanwezig binnen het interne proces van het voorlichtingstraject, waarbij de regieverpleegkundigen eensgezind zijn wat betreft het ervaren van een onduidelijke rolverdeling binnen de MuPi-trial die traag op gang is gekomen. De regieverpleegkundigen gaven aan dat zij het in eerste instantie als een onderzoek hebben ervaren, waarvan zij het gevoel hadden dat er bepaalde aspecten bij hen in de schoot werden geworpen. Zo beschrijven beide regieverpleegkundigen: *“Maar ik had wel eigenlijk meer verwacht, het is een onderzoek van hun en niet van ons. Het is ook niet verpleegkundig gerelateerd, het is medisch gerelateerd. Dus had ik eigenlijk ook meer verwacht dat dat hun rol zou blijven”* (fragment 2.9.2) en *“Dit is wat ik heb ervaren, ik dacht dat kan best wel wat gestructureerde en dat er van een persoon wordt uitgegaan misschien. Wij kunnen het ondersteunen, maar uiteindelijk zijn hun er verantwoordelijk voor”* (fragment 3.10.5).

Resultaten therapietrouw

4.5 Demografische gegevens van geïncludeerde patiënten

Gedurende een periode van september tot december 2016 zijn er 48 patiënten geïncludeerd binnen de MuPi-trial. Vervolgens zijn deze 48 patiënten in februari 2017 benaderd om deel te nemen aan een telefonische enquête. Van deze 48 patiënten zijn er 10 patiënten niet geïncludeerd binnen dit onderzoek: 6 patiënten waren niet geopereerd gezien omstandigheden en 4 patiënten konden telefonisch niet bereikt worden. De overige 38 patiënten zijn geïncludeerd binnen dit onderzoek en hebben daadwerkelijk de vragen van de telefonische enquête kunnen beantwoorden. Binnen de onderzoeksgroep zijn er 24 vrouwen en 14 mannen die de vragen van de enquête hebben beantwoord. De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 69 jaar, waarbij de leeftijd van 60 tot 80 jaar de grootste leeftijdscategorie betreft, zie figuur 4.4.



Figuur 4.4 – Leeftijd/geslacht respondenten

Binnen het onderzoek is ervoor gekozen, “om te zoeken naar een verband tussen patiënten die al bekend zijn met medicatiegebruik en therapietrouw.” (Kamphof & Pleijsier, 2016, p. 20). Vanuit de gegevens uit de enquête, bleek dat er respondenten waren die dagelijks gebruik maakten van medicatie voor hypertensie, depressie of COPD. In tabel 4.5 is te zien dat 53% van de respondenten gebruik maakte van medicatie tegen hypertensie. Uit tabel 4.6 blijkt dat 3% van de respondenten gebruik maakte van medicatie tegen depressie. Geen van de respondenten maakten gebruik van medicatie voor COPD.

	Frequentie	Percentage
Nee	18	47%
Ja	20	53%
Totaal	38	100%

Tabel 4.5 – Ik gebruik dagelijks medicatie voor hypertensie

	Frequentie	Percentage
Nee	37	97%
Ja	1	3%
Totaal	38	100%

Tabel 4.6 – Ik gebruik dagelijks medicatie voor depressie

4.6 Therapietrouw van patiënten

Om therapietrouw te zijn aan de gehele profylactische behandeling van de MuPi-trial, moest de patiënt volgens het MuPi-protocol en de informatiebrief aan de volgende eisen voldoen:

- Beginnen met het smeren van de neuszalf vijf dagen voorafgaand aan de dag van de operatie;
- Tweemaal daags smeren van de neuszalf, in de ochtend en de avond;
- Beginnen met wassen met de zeep/shampoo vijf dagen voorafgaand aan de operatie en op de dag van de operatie zelf;
- Het wassen van het hoofd, de oksels en schaamstreek/bilnaad;
- Het niet vergeten te smeren van de neuszalf en het wassen met de zeep/shampoo;
- Het niet bewust hebben overgeslagen van de neuszalf en het wassen met de zeep/shampoo;
- De kweekjes in neus, keel en rectum zeven dagen van tevoren afnemen en opsturen naar het ziekenhuis.

Alleen als de patiënt aan alle van deze bovenstaande eisen voldeed, kon er worden gesteld dat de patiënt therapietrouw was aan de profylactische behandeling van de MuPi-trial. Vanuit tabel 4.7 blijkt dat 13 respondenten therapietrouw zijn geweest aan de gehele profylactische behandeling van de MuPi-trial, dit betreft 34% van de respondenten. Dit betekent dat de overige 24 respondenten niet therapietrouw zijn geweest aan de gehele profylactische behandeling.

Zalf			Kweekjes		Totaal
			Therapieontrouw	Therapietrouw	
Therapieontrouw	Zeep	Therapieontrouw	3	3	6
	Totaal		3	3	6
Therapietrouw	Zeep	Therapieontrouw	1	17	18
		Therapietrouw	0	13	13
	Totaal		1	30	31
Total	Zeep	Therapieontrouw	4	20	24
		Therapietrouw	0	13	13
	Totaal		4	33	37

Tabel 4.7 – Totale Therapietrouw

4.6.2 Therapietrouw neuszalf

Om te berekenen hoeveel respondenten therapietrouw zijn geweest aan het gebruik van de neuszalf, zijn de eerste vier vragen onder het kopje 'neuszalf' geanalyseerd. Om therapietrouw te zijn aan de neuszalf volgens het MuPi-trial protocol, moest de respondent aan de volgende eisen voldoen:

- Vijf dagen voorafgaand aan de dag van de operatie beginnen met het smeren van de neuszalf;
- Tweemaal daags smeren van de neuszalf, in de ochtend en de avond;
- Niet vergeten te smeren;
- Niet bewust overgeslagen van smeren.

In tabel 4.8 wordt er vergeleken of de respondent vijf dagen voorafgaand aan de dag van de operatie is begonnen met het smeren van de neuszalf, de neuszalf 's ochtends en 's avonds heeft gesmeerd en of de respondent de neuszalf niet vergeten is. Hierdoor kon er inzichtelijk worden gemaakt of de respondent aan deze eerste drie eisen voldeed die er werden gesteld om therapietrouw te zijn. In de tabel is te zien aan het groen gearceerde getal, dat 32 respondenten voldeden aan deze eerste drie eisen, dit betreft 84% van de respondenten.

Aantal dagen			Bent u de zalf weleens vergeten te smeren?		Totaal
			Nee	Ja	
≤ 4 dagen	Heeft u 's ochtends en 's avonds de neuszalf gebruikt?	Nee	2	0	2
		Ja	1	1	2
	Totaal		3	1	4
5 dagen	Heeft u 's ochtends en 's avonds de neuszalf gebruikt?	Ja	32	2	34
	Totaal		32	2	34
Totaal	Heeft u 's ochtends en 's avonds de neuszalf gebruikt?	Nee	2	0	2
		Ja	33	3	36
	Totaal		35	3	38

Tabel 4.8 – Therapietrouw neuszalf

Om te berekenen of de respondent therapietrouw was aan alle vier de eisen, is er ook gekeken of de respondent de neuszalf niet bewust heeft overgeslagen. Vanuit de resultaten blijkt dat geen enkele respondent de neuszalf bewust heeft overgeslagen. In totaal zijn er 32 van de 38 respondenten geweest, die aan alle vier de eisen van de neuszalf voldeden, en dus is 84% van de respondenten daadwerkelijk therapietrouw geweest.

4.6.3 Therapietrouw zeep

Om te berekenen hoeveel respondenten therapietrouw zijn geweest aan het gebruik van de zeep/shampoo, zijn de eerste vier vragen onder het kopje 'zeep/shampoo' geanalyseerd. Om therapietrouw te zijn aan de zeep/shampoo volgens het MuPi-trial protocol, moest de respondent aan de volgende eisen voldoen:

- Vijf dagen voorafgaand aan de operatie beginnen met wassen;
- Wassen op de dag van de operatie zelf;
- Het wassen van het hoofd, de oksels en de schaamstreek/bilnaad;
- Niet vergeten te wassen;
- Het wassen van het lichaam is niet bewust overgeslagen.

In tabel 4.9 wordt er vergeleken of de respondent vijf dagen voorafgaand aan de operatie is begonnen met het wassen, dit ook heeft gedaan op de dag van de operatie, of de respondent het hoofd, de oksels en de schaamstreek/bilnaad heeft gewassen en of de respondent het niet vergeten is om zich te wassen met de zeep/shampoo. Hierdoor kan er inzichtelijk worden gemaakt of de respondent aan deze eerste drie eisen voldeed, die er werden gesteld om therapietrouw te zijn aan de zeep/shampoo. In de tabel is te zien aan het groen gearceerde getal, dat 13 respondenten voldeden aan deze eerste drie eisen, dit betreft 34% van de respondenten.

Voorlichting, de formule voor therapietrouw?

Aantal dagen		Bent u weleens vergeten te wassen met de zeep?		Totaal
		Nee	Ja	
≤ 5 dagen	Incompleet gewassen	3	0	3
	Compleet gewassen	8	1	9
	Totaal	11	1	12
6 dagen	Incompleet gewassen	3	0	3
	Compleet gewassen	13	1	14
	Totaal	16	1	17
> 6 dagen	Incompleet gewassen	3	0	3
	Compleet gewassen	5	0	5
	Totaal	8	0	8
Totaal	Incompleet gewassen	9	0	9
	Compleet gewassen	26	2	28
	Totaal	35	2	37

Tabel 4.9 – Therapietrouw zeep/shampoo

Om te berekenen of de respondent therapietrouw was aan alle vier de eisen, is er ook gekeken of de respondent het wassen van het lichaam niet bewust heeft overgeslagen. Vanuit de resultaten blijkt dat geen van de respondenten het wassen met de zeep/shampoo bewust heeft overgeslagen. In totaal zijn er 13 van de 37 respondenten geweest die aan alle vier de eisen van de zeep/shampoo voldeden, en dus is 34% van de respondenten daadwerkelijk therapietrouw geweest.

4.6.4 Therapietrouw kweekjes

Om te berekenen hoeveel respondenten therapietrouw zijn geweest aan het afnemen van de kweekjes, zijn de vragen onder het kopje 'kweekjes' geanalyseerd. Om therapietrouw te zijn aan de kweekjes volgens het MuPi-trial protocol/informatiebrief, moest de respondent aan de volgende eisen voldoen:

1. Zeven dagen voorafgaand aan de operatie de kweekjes afnemen.
2. De kweekjes in neus, keel en rectum afnemen.

Er zijn 4 respondenten geweest die de kweekjes in minder dan zeven dagen, voor de dag van de operatie hebben afgenomen. In tabel 4.10 kan uit het rood gearceerde getal worden afgelezen dat er 1 respondent is geweest die de kweekjes niet in de neus, en de keel en het rectum heeft afgenomen.

	Dagen tussen afnemen kweekjes en opname		Totaal
	Anders dan voorschrift	Volgens voorschrift	
Kweekjes incompleet	1	0	1
Kweekjes compleet	3	34	37
Totaal	4	34	38

Tabel 4.10 – Therapietrouw kweekjes

In totaal zijn er 34 van de 38 respondenten geweest die aan alle twee de eisen van de kweekjes voldeden, en dus is 89% van de respondenten daadwerkelijk therapietrouw geweest.

4.7 Beïnvloedende factoren

De therapietrouw van de patiënt zou mogelijk beïnvloed kunnen worden door onder andere de kennis van de patiënt betreffende de medicatie, de mate van aanwezigheid van bijwerkingen bij de te gebruiken medicatie en psychosociale factoren zoals de overtuigingen van de patiënt betreffende de te gebruiken medicatie (Sklar, Min seh oh & Li 2008; Laan 2007). Deze mogelijk beïnvloedende factoren zijn verwerkt in de vragen die zijn voorgelegd aan de respondenten gedurende de telefonische enquêtes, en zijn onderstaand afzonderlijk van elkaar beschreven.

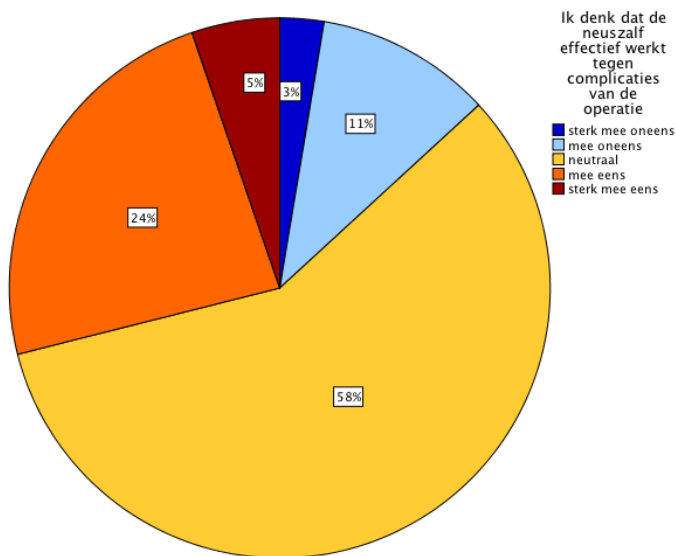
4.7.1 *Ideeën over de neuszalf en zeep/shampoo*

De ideeën over de werking en bijwerkingen van medicatie kunnen van invloed zijn op de therapietrouw, zo beschrijft Laan (2007). Deze aspecten vallen volgens Laan onder de zogenoemde patiënt-gerelateerde dimensie en zouden bij verminderde kennis kunnen leiden tot zorgen rondom de werking en de bijwerking van de te gebruiken medicatie bij de patiënt. Gezien dit gegeven zijn er binnen de telefonische enquête bij zowel de neuszalf als de zeep/shampoo dezelfde stellingen voorgelegd. Namelijk: “ik maakte mij zorgen om de werking van...” en “ik maakte mij zorgen om de bijwerkingen van...”. Uiteindelijk blijkt vanuit deze stellingen dat 97% van de respondenten zich geen zorgen maakte over zowel het gebruik van de neuszalf als het gebruik van de zeep/shampoo. Betreffende de bijwerkingen van beide soorten medicatie bleek geen van de respondenten zich zorgen te hebben gemaakt, waarbij de neuszalf een respectievelijk percentage van 98% en bij de zeep/shampoo 100% het oneens was met de stelling betreffende het maken van zorgen over de bijwerkingen.

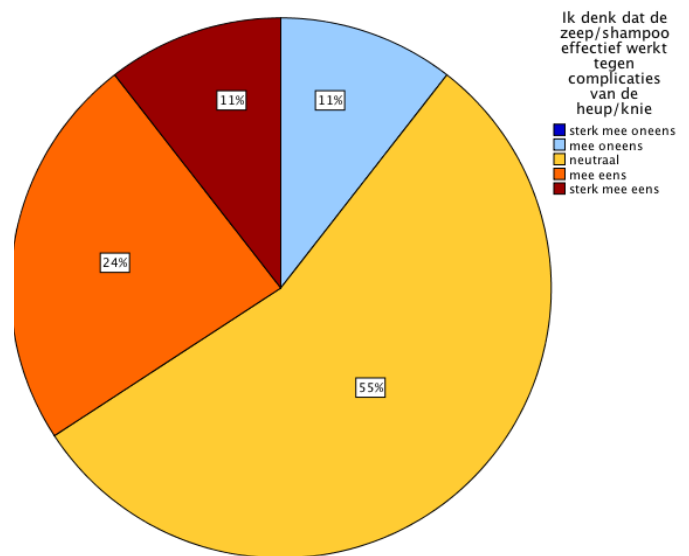
4.7.2 *Effectiviteit van de neuszalf en zeep/shampoo*

Ook de overtuigingen van de patiënt met betrekking tot de effectiviteit van een bepaalde medicatie, kan een uiteindelijke invloed uitoefenen op de therapietrouw van de patiënt, volgens Laan (2007). Dit aspect valt volgens Laan tevens onder de patiënt-gerelateerde dimensie. Op het moment dat de patiënt de effectiviteit van een bepaalde behandeling en/of het gebruik van medicatie niet inziet, zal de motivatie en daarmee de therapietrouw negatief beïnvloed kunnen worden. Daarom is de stelling “ik denk dat de neuszalf/zeep effectief werkt tegen complicaties van de heup/knie”, gedurende de telefonische enquête zowel bij de neuszalf als bij de zeep/shampoo aan de respondenten voorgelegd. Uiteindelijk bleek dat 14% van de respondenten het oneens was met de stelling dat de neuszalf effectief zou werken tegen complicaties en 11% het oneens was met de effectiviteit van de zeep/shampoo tegen complicaties (zie grafiek 4.11 en 4.12). Een ander opvallend gegeven is dat een groot gedeelte van de respondenten bij zowel de neuszalf als de zeep/shampoo aangegeven heeft ‘neutraal’ te zijn.

Voorlichting, de formule voor therapietrouw?

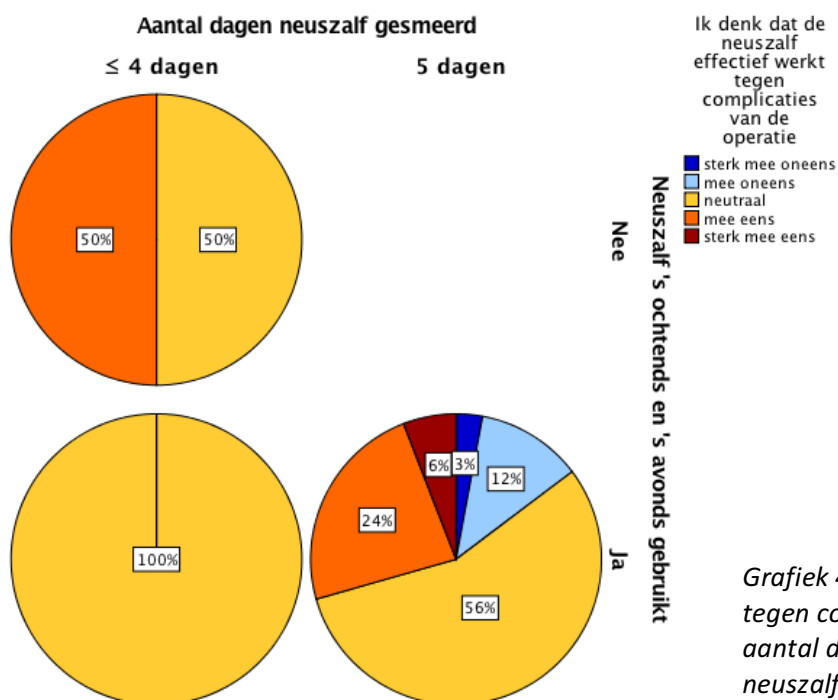


Grafiek 4.11 - Ik denk dat de neuszalf effectief werkt tegen complicaties van de operatie



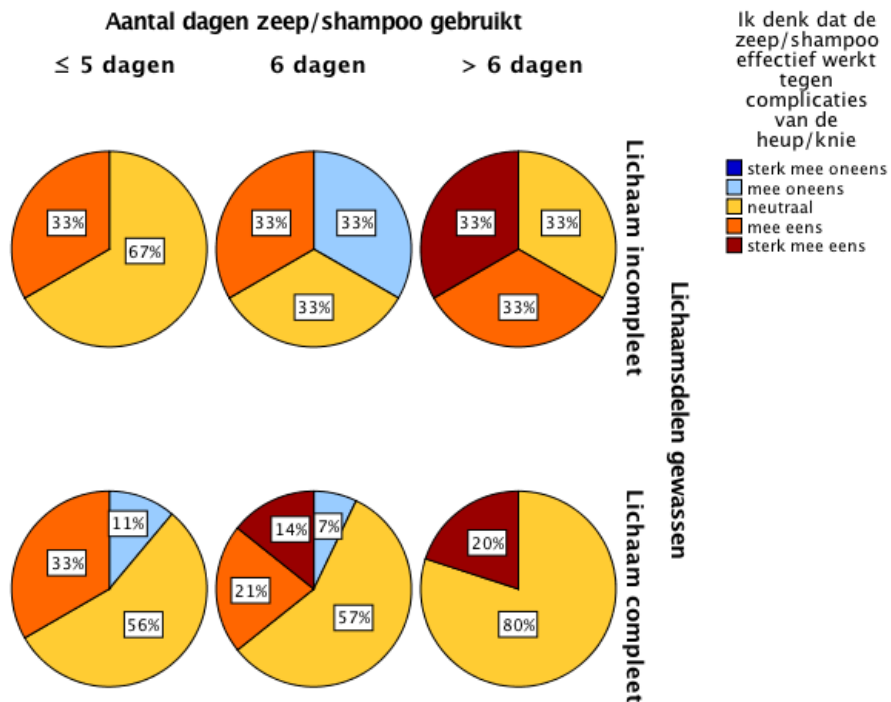
Grafiek 4.12 - Ik denk dat de zeep effectief werkt tegen complicaties van de operatie

Wanneer de antwoorden van de respondenten werden afgezet tegen factoren zoals het tweemaal daags gebruik en het aantal dagen gesmeerde neuszalf, óf het aantal dagen gebruik van zeep en het wassen van bepaalde lichaamsdelen, kwamen hier opvallende gegevens uit naar voren. Een opvallend aspect vanuit grafiek 4.13 is het gegeven dat de 15% van de respondenten aangaf te denken dat de neuszalf niet effectief werkt tegen complicaties, bij de therapietrouwe groep behoren. Tevens ligt het percentage aan respondenten dat 'neutraal' heeft geantwoord bij deze groep ook relatief hoog. De grootte van de therapieontrouwe groep binnen grafiek 4.13 is zodanig klein, dat er geen betrouwbare vergelijking kan worden gemaakt met de therapietrouwe groep die tevens in deze grafiek staat beschreven.



Grafiek 4.13 - Ik denk dat de neuszalf effectief werkt tegen complicaties van de operatie tegenover het aantal dagen gebruik en het 2x daags gebruik van de neuszalf.

In grafiek 4.14 staan het aantal dagen gebruik van de zeep/shampoo, de gewassen lichaamsdelen en de stelling “ik denk dat de zeep/shampoo effectief werkt tegen complicaties” tegen elkaar afgezet. Binnen deze grafiek valt op dat de respondenten die aan hebben gegeven het sterk eens te zijn met de stelling rondom de effectiviteit, zich over het algemeen vaker hebben gewassen. Anderzijds is te zien dat de respondenten die hebben aangegeven het niet eens te zijn met deze stelling, zich minder vaak hebben gewassen dan de respondenten die aangaven het wél eens te zijn met de stelling.



Grafiek 4.14 - Ik denk dat de neuszalf effectief werkt tegen complicaties van de operatie tegenover het aantal dagen gebruik en wassen van de voorgeschreven lichaamsdelen.

4.7.3 Begrijpen van de werking

Het beschikken over voldoende of onvoldoende kennis rondom de te gebruiken medicatie kan van invloed zijn op de mate van de therapietrouw van de patiënt (Baiardini, Braido, Bonini, Compalati, & Canonica, 2009). Daarom is aan alle respondenten de stelling “ik snap de werking van de ...” bij zowel de neuszalf als de zeep/shampoo, voorgelegd. Betreffende het snappen van de werking van de neuszalf komt in tabel 4.15 duidelijk naar voren dat 13% van de respondenten het hier niet mee eens was. Bij de zeep/shampoo (zie tabel 4.16) ligt het percentage van respondenten dat aangaf de werking niet te begrijpen op 11%. Daarnaast heeft 13% van de respondenten ‘neutraal’ als antwoord gegeven op deze stelling, en weet daarmee waarschijnlijk niet of zij de werking snappen.

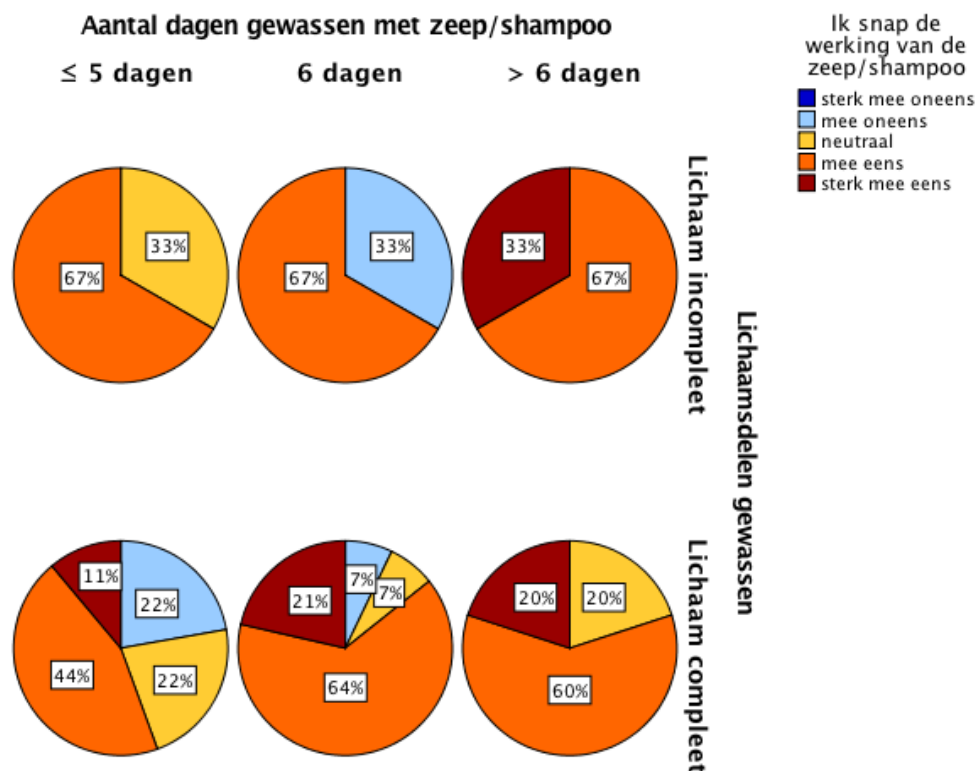
	Frequentie	Percentage
Mee oneens	5	13%
Neutraal	2	5%
Mee eens	31	82%
Totaal	38	100%

Tabel 4.15 - Ik snap de werking van neuszalf

	Frequentie	Percentage
Mee oneens	4	11%
Neutraal	5	13%
Mee eens	29	76%
Totaal	38	100%

Tabel 4.16 - Ik snap de werking van de zeep/shampoo

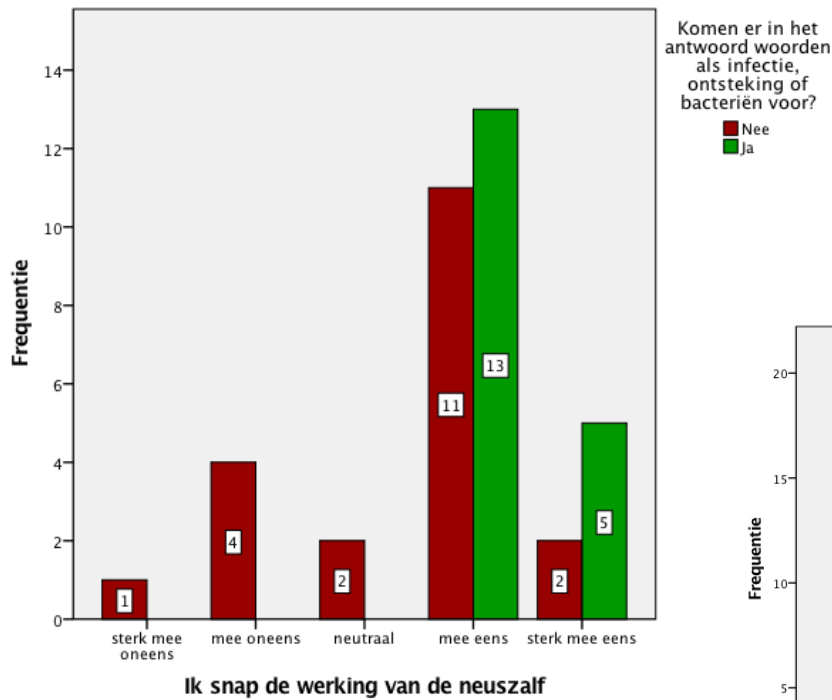
Wanneer de percentages van de zeep/shampoo worden afgezet tegen het aantal dagen gebruik en het wassen van de voorgeschreven lichaamsdelen, valt op dat de respondenten die aangaven dat zij de werking van de zeep/shampoo niet begrepen, onder de therapieontrouwe groepen vallen (zie figuur 4.17). Tevens is het opvallend dat 85% van de respondenten binnen de groep die 6 dagen gebruik heeft gemaakt van de zeep, en alle voorgeschreven lichaamsdelen heeft gewassen – de therapietrouwe groep – heeft geantwoord dat zij de werking van de zeep/shampoo wel begrijpen. Anderzijds valt op dat de respondenten welke hebben aangegeven het sterk eens te zijn met de stelling, over het algemeen het lichaam compleet wassen dan de respondenten die aangaven het 'neutraal' of mee oneens te zijn met de stelling.



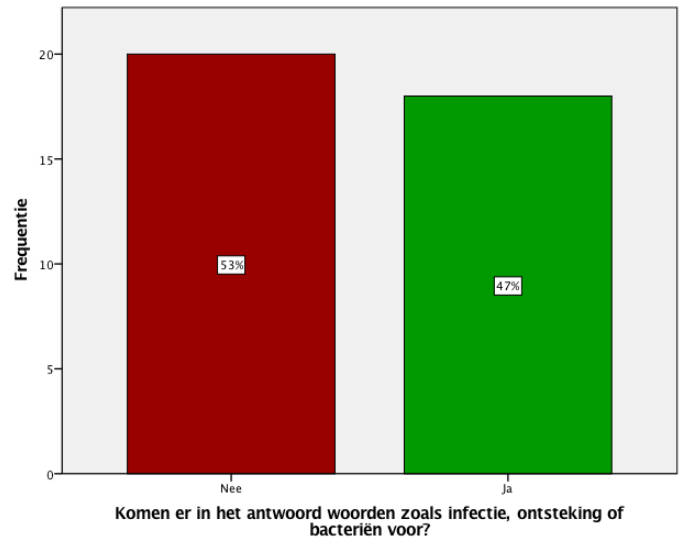
Grafiek 4.17 – Aantal dagen gebruik * Gewassen lichaamsdelen * Ik snap de werking van de zeep/shampoo

Gezien er vanuit de stelling “ik begrijp de werking van ...” een subjectief antwoord is verkregen, is er tevens gevraagd aan de respondenten om in hun eigen woorden te omschrijven wat de werking van de neuszalf en zeep/shampoo exact betrof. Op het moment dat hier de woorden infectie, ontsteking of bacteriën in voorkwamen, werd er duidelijk of de werking daadwerkelijk was begrepen. Vanuit figuur 4.18 blijkt dat er bij enkel 47% van de respondenten woorden zoals infectie, ontsteking of bacteriën in het antwoord voorkwamen. Dit houdt in dat de resterende 53% de daadwerkelijke werking van de neuszalf uiteindelijk niet heeft begrepen. In figuur 4.19 is de mate waarin de respondenten zelf aangaven de werking te begrijpen, afgezet tegen het daadwerkelijk begrijpen van de werking van de neuszalf.

Voorlichting, de formule voor therapietrouw?



Grafiek 4.19 – Daadwerkelijke begrijpen van de werking



Grafiek 4.18 – Komen er in het antwoord woorden voor zoals...

Vanuit figuur 4.19 wordt duidelijk dat alle respondenten die aan hebben gegeven het oneens te zijn met het snappen van de werking van de neuszalf, ook daadwerkelijk niet begrijpen wat de werking van de neuszalf inhoudt. Respondenten die het oneens zijn met het begrijpen van de werking hebben dan ook geen van allen in hun uitleg van de werking, een van de eerder beschreven woorden genoemd. Wel valt op dat een groot gedeelte van de respondenten die aan heeft gegeven het eens te zijn met het begrijpen van de werking van de neuszalf, dit niet daadwerkelijk heeft begrepen. Gezien de duidelijke scheiding tussen de groep 'oneens' waarbij niemand de werking daadwerkelijk begrijpt en de respondenten die het daadwerkelijk begrijpen alleen onder de 'mee eens' groep vallen, is er een Chikwadraattoets opgesteld. Hiermee is er gekeken of dit verschil tussen beide groepen puur toevallig is, of dat hier een significant verschil in aanwezig is.

Binnen de onderstaande tabel 4.20 is te zien dat het rode getal vermeld onder de asymptotische significantie een waarde van '0,021' heeft. Wetenschappelijk is bepaald dat op het moment dat deze waarde zich gelijk aan of onder de waarde van '0,05' bevindt, een verschil significant is. In deze kan dan ook worden gesteld dat er sprake is van een significant verschil. Dit houdt in dat het geen toevallig gegeven is dat er geen respondenten zijn die de werking daadwerkelijk begrepen hebben en onder de 'oneens' groep vallen betreffende de subjectieve vraagstelling 'ik snap de werking van de neuszalf' vallen.

Voorlichting, de formule voor therapietrouw?

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,723 ^a	2	,021
Likelihood Ratio	10,409	2	,005
Linear-by-Linear Association	6,929	1	,008
N of Valid Cases	38		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,95.

*Tabel 4.20 – Chi-Kwadraattoets: Ik snap de werking * In het antwoord komen de woorden zoals infectie, bacteriën of ontsteking voor*

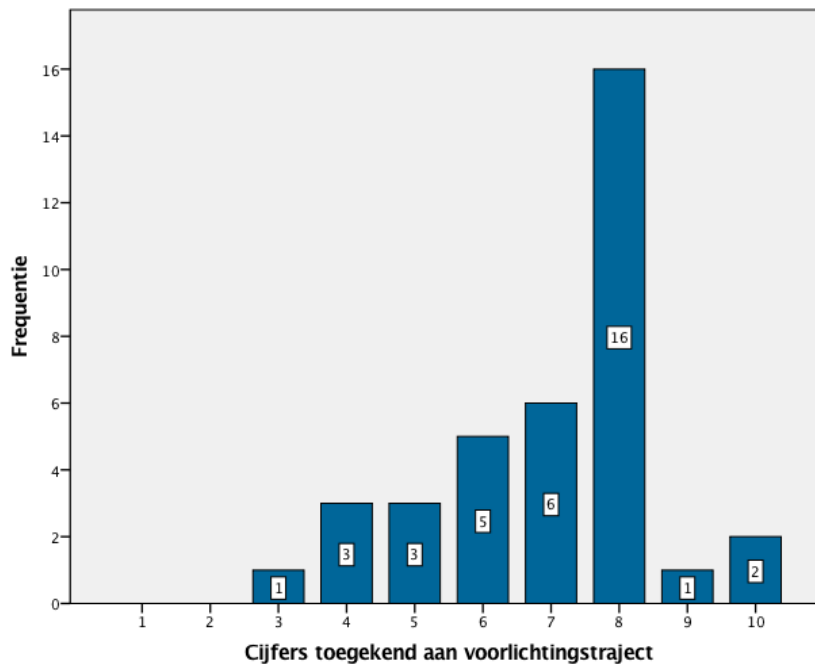
4.7.4 Gebruiksvriendelijkheid

De mate waarin een bepaalde behandeling en/of voorschrift complex is, kan van negatieve invloed zijn op de therapietrouw van de patiënt en op dit gebied als belemmering fungeren (Laan, 2007). Zo vervolgt Laan dat wanneer een instructie tot een bepaalde behandeling, of de behandeling zelf ingewikkeld is, het voor de patiënt lastiger wordt om daadwerkelijk therapietrouw te blijven. Gezien dit gegeven hebben alle respondenten gedurende de telefonische enquête, op het gebied van de neuszalf en zeep/shampoo de stelling: “het lukte mij goed om de ... aan te brengen zoals voorgeschreven” voorgelegd gekregen. Vanuit de resultaten blijkt dat uiteindelijk alle respondenten aangaven dat het goed lukte om de neuszalf aan te brengen zoals voorgeschreven. Daarnaast komt ook uit de resultaten voort dat 97% van de respondenten aan heeft gegeven dat het hen goed lukte om de zeep/shampoo aan te brengen zoals dit was voorgeschreven.

4.8 Voorlichtingsproces

4.8.1 Beoordeling voorlichting

Grafiek 4.21 geeft weer welke cijfers er zijn toegekend door de respondenten ter beoordeling van de voorlichting. In de grafiek is te zien dat 16 respondenten een 8 gaven ter beoordeling van de voorlichting. Wanneer alle respondenten die een voldoende score bij elkaar opgeteld worden, zijn dit er 30. De grafiek laat zien dat er ook nog 7 respondenten zijn die de voorlichtingsbijeenkomst als onvoldoende hebben beoordeeld. Gemiddeld hebben de respondenten het voorlichtingstraject beoordeeld met een 7.



Grafiek 4.21 – Cijfers voorlichtingstraject

4.8.2 Begrijpelijke informatie

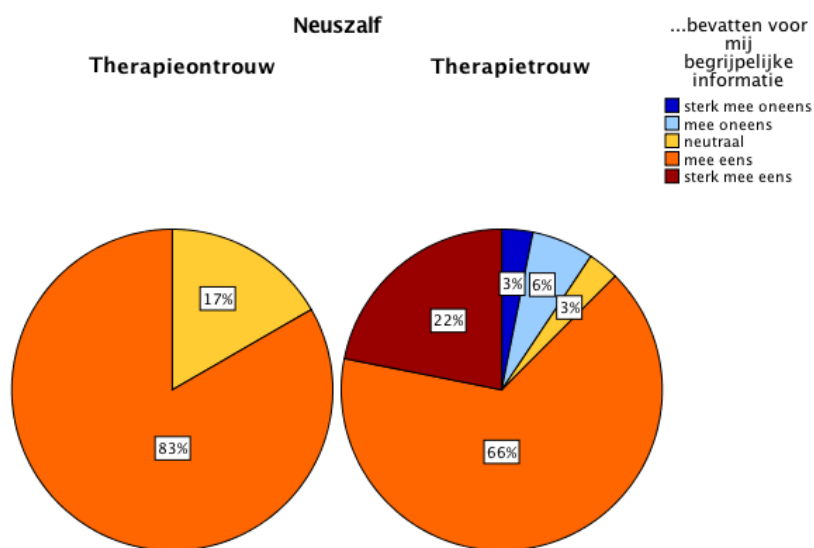
Het voorlichtingstraject dat de patiënten tijdens de MuPi-trial hebben doorlopen, bestond naast de bijgewoonde voorlichtingsmiddag uit meerdere schriftelijke facetten. Ter voorbereiding op de voorlichtingsbijeenkomst hebben de patiënten een informatiebrief ontvangen, met daarin uitleg en instructie. De informatiebrief mag volgens Kerstens, Sesink & Gründemann (1998) gezien worden als een hulpmiddel dat de voorlichtingsbijeenkomst kan verhelderen, ondersteunen en versterken. Het gebruik van hulpmiddelen kan ervoor zorgen dat patiënten gestimuleerd worden tot het stellen van vragen. Tevens wordt informatie verduidelijkt en inzichtelijk gemaakt, wordt de patiënt gestimuleerd tot het onthouden van informatie en kan de patiënt zich beter inleven in de situatie. Om een verband aan te kunnen tonen tussen de begrijpelijkheid van de informatiebrieven en de mate van therapietrouw, is er aan de respondenten de vraag gesteld of de informatiebrieven voor hen begrijpelijke informatie bevatten.

Vanuit de resultaten blijkt dat 87% van de totale groep aan respondenten aangegeven heeft het eens te zijn met de stelling: "De informatiebrieven bevatten voor mij begrijpelijk informatie". In onderstaande grafieken wordt deze stelling afgezet tegen de therapietrouw binnen de facetten neuszalf, zeep/shampoo en kweekjes.

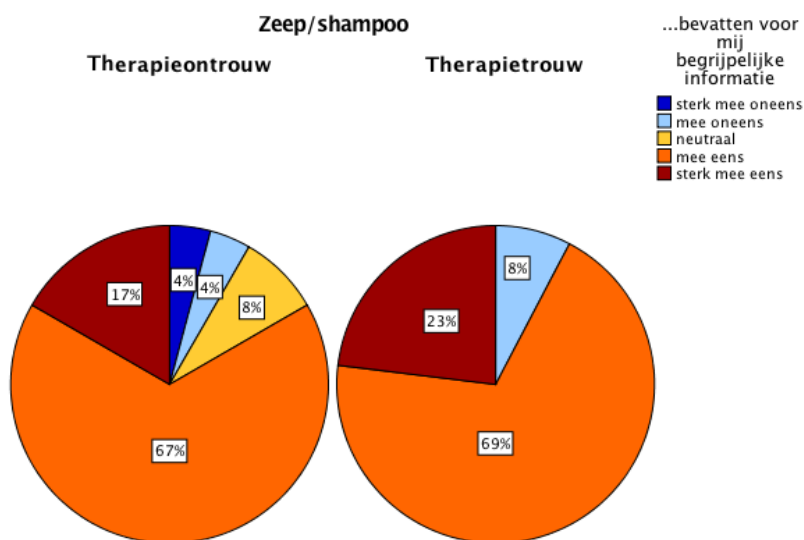
Neuszalf

Onderstaand figuur laat zien in welke mate de voorlichtingsbrieven begrijpelijke informatie bevatten met betrekking tot de neuszalf. De respondentengroep is hierbij onderverdeeld in therapietrouw en therapieontrouw. Zo kan er onderzocht worden of de therapieontrouwe groep respondenten de brieven minder begrijpelijk vond dan de therapietrouwe groep, en of de informatiebrief dus invloed zou kunnen hebben op de mate van therapietrouw van de respondent.

Binnen de therapietrouwe groep respondenten (grafiek 4.22) valt op te merken dat 88% van deze respondenten heeft aangegeven het eens te zijn met de stelling “de informatiebrieven bevatten voor mij begrijpelijke informatie”. De grootte van de therapieontrouwe groep binnen grafiek 4.22 is dusdanig klein, dat er geen vergelijking kan worden gemaakt met de therapietrouwe groep die binnen deze grafiek staat beschreven.



Grafiek 4.22 – Therapietrouw neuszalf tegenover ‘bevatten voor mij begrijpelijke informatie’



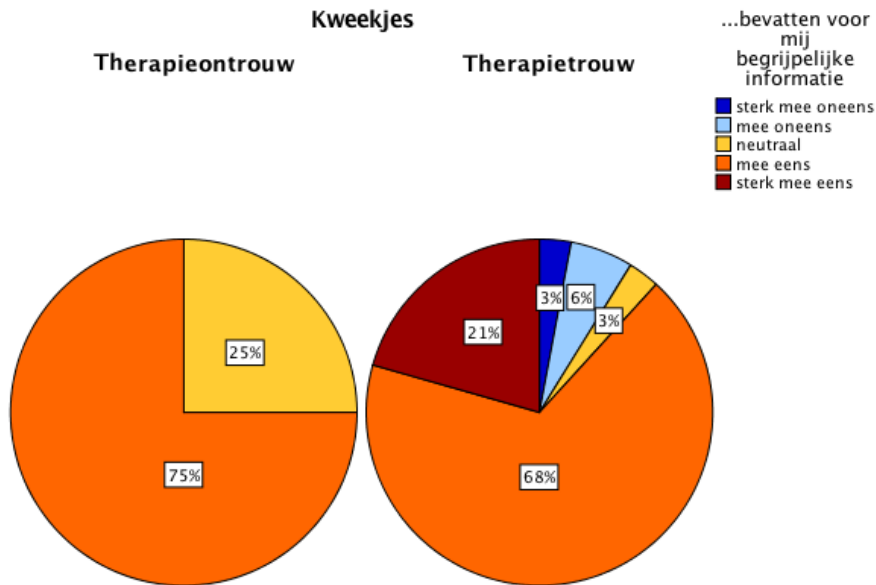
Zeep/ shampoo

Figuur 4.23 geeft weer dat binnen de therapietrouwe respondentengroep 92% aan heeft gegeven het eens te zijn met de stelling “de informatiebrieven bevatten voor mij begrijpelijk informatie”. Opvallend aspect binnen deze grafiek is de mate van overeenkomst betreffende de percentages binnen de therapietrouwe en therapieontrouwe groepen.

Grafiek 4.23– Therapietrouw zeep/shampoo tegenover ‘bevatten voor mij begrijpelijke informatie’

Kweekjes

In figuur 4.24 valt op dat bij de therapietrouwe groep is te zien dat 89% van de respondenten aan heeft gegeven het eens te zijn met de stelling. De grootte van de therapieontrouwe groep binnen grafiek 4.24 is met 4 respondenten dusdanig klein, dat er geen vergelijking met de therapietrouwe groep kan worden gemaakt.



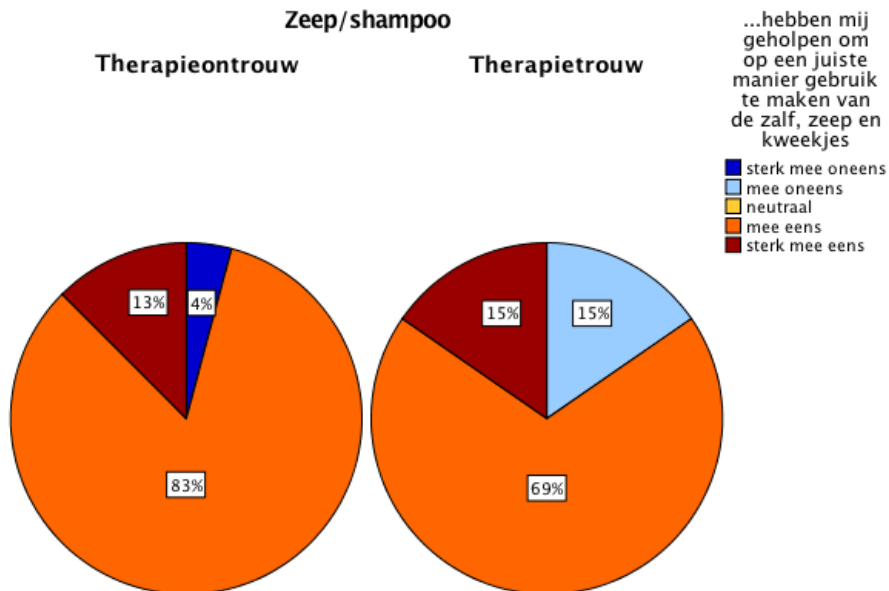
Grafiek 4.24 – Therapietrouw kweekjes tegenover 'bevatten voor mij begrijpelijke informatie'

4.8.3 Gebruik van neuszalf, zeep en kweekjes

Kerstens, Sesink & Gründemann (1998) beschrijven dat hulpmiddelen gebruikt worden ter ondersteuning, verheldering en versterking van de voorlichtingsbijeenkomst. Het gebruik van - in deze situatie - een informatiebrief met instructie en uitleg kan ervoor zorgen dat informatie verduidelijkt en inzichtelijk wordt gemaakt. De patiënt wordt gestimuleerd tot het onthouden van informatie en kan zich beter inleven in de situatie. Omdat de informatiebrief instructies bevat rondom het gebruik van de neuszalf, zeep en de kweekjes, is er aan de respondenten de stelling voorgelegd: "De informatiebrieven hebben mij geholpen om op een juiste manier gebruik te maken van de zalf, zeep en de kweekjes". Door het voorleggen van de stelling is er getoetst of de informatiebrief met instructie duidelijk was en of deze ertoe geleid heeft dat de respondent de middelen op de juiste manier kon gebruiken.

Vanuit de resultaten blijkt dat 92% van de totale respondentengroep heeft aangegeven het eens te zijn met de stelling: "De informatiebrieven hebben mij geholpen om op een juiste manier gebruik te maken van de zalf, zeep en kweekjes". Wanneer de stelling wordt afgezet tegenover de therapietrouw bij de neuszalf, blijkt dat 91% van de therapietrouwe groep respondenten heeft aangegeven het eens te zijn met de stelling. De therapieontrouwe groep bij de neuszalf is dusdanig klein dat er geen vergelijking kan worden gemaakt met de therapietrouwe groep. Als de stelling wordt afgezet tegen de therapietrouw met betrekking tot het afnemen van de kweekjes, blijkt dat 91% van de respondenten binnen de therapietrouwe groep heeft aangegeven het eens te zijn met de stelling. Ook deze therapieontrouwe groep betreffende de kweekjes is dusdanig klein dat er geen vergelijking kan worden gemaakt met de therapietrouwe groep.

Als ten slotte de stelling wordt afgezet tegen de therapietrouw met betrekking tot het gebruik van de zeep/shampoo (figuur 4.25), valt op te merken dat 84% van de therapietrouwe respondentengroep het eens was met de eerder beschreven stelling. Tevens valt op te merken dat er nauwelijks verschil aanwezig is tussen de antwoorden die de therapietrouwe en therapieontrouwe groep hebben gegeven.



Grafiek 4.25 – Therapietrouw zeep/shampoo tegenover ‘... hebben mij geholpen om op een juiste manier gebruik te maken van de zalf, zeep en kweekjes’

4.8.4 Cijfers voorlichting & actieve bijdrage

De voorlichtingsbijeenkomst en de informatiebrieven dragen bij aan het bevorderen van de mate waarin patiënten therapietrouw zijn aan de neuszalf, zeep/shampoo en kweekjes. De mate van therapietrouw komt tot stand door een actieve bijdrage vanuit de patiënt. Een actieve bijdrage wordt weer bevorderd door goede voorlichting (Kerstens, 2009). Daarom is het belangrijk om de kwaliteit van het voorlichtingsmateriaal en de bijeenkomst te toetsen bij de patiënten, omdat deze moeten leiden tot een actieve bijdrage, en daarmee in toenemende mate van therapietrouw bij de respondent.

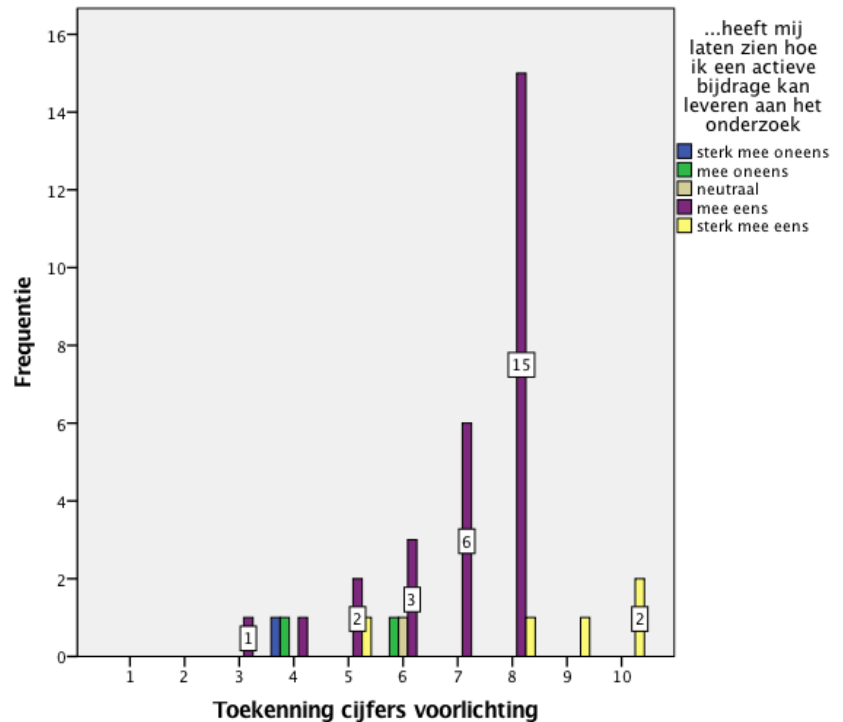
Vanuit de resultaten blijkt dat 89% van de totale groep respondenten aan heeft gegeven het eens te zijn met de stelling: “De informatiebrieven en de voorlichtingsmiddag hebben mij laten zien hoe ik een actieve bijdrage kan leveren aan het onderzoek”.

In figuur 4.26 valt op dat het overgrote deel van het aantal respondenten – 26 respondenten – aangaf het eens te zijn met de stelling: “De informatiebrieven en de voorlichtingsbijeenkomst hebben mij laten zien hoe ik een actieve bijdrage kan leveren aan het onderzoek”. Deze 26 respondenten kenden tevens een hoger cijfer toe aan de voorlichting. De kleine groep respondenten – 3 respondenten – die aangaf het niet eens te zijn met de stelling beoordeelden de voorlichting ook lager.

Voorlichting, de formule voor therapietrouw?

Tabel 4.27 geeft aan dat er een significant verschil is van 0.043 tussen het toekennen van cijfers aan de voorlichting en de stelling: “De informatiebrieven hebben mij laten zien hoe ik een actieve bijdrage kan leveren aan het onderzoek”. De tabel laat zien dat er een duidelijk kleine groep respondenten is, die het niet eens was met de stelling en hierbij ook heeft aangegeven de voorlichting met een onvoldoende te beoordelen. Daarentegen is er juist een grote groep die heeft aangegeven het eens te zijn met de stelling, en daarbij ook een voldoende heeft toegekend aan de voorlichting.

Binnen de onderstaande tabel 4.27, is te zien dat het rode getal vermeld onder de asymptotische significantie een waarde van ‘0,043’ heeft. Wetenschappelijk is bepaald dat op het moment dat deze waarde zich gelijk aan of onder de waarde van ‘0,05’ bevindt, er een verschil significant is. In deze kan dan ook worden gesteld dat er sprake is van een significant verschil, wat inhoudt dat het niet toevallig is.



Grafiek 4.26 – Cijfers voorlichting tegenover ‘...heeft mij laten zien hoe ik een actieve bijdrage kan leveren aan het onderzoek.’

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	24,218 ^a	14	,043
Likelihood Ratio	16,525	14	,282
Linear-by-Linear Association	7,079	1	,008
N of Valid Cases	37		

Tabel 4.27 – Chi-kwadraattoets cijfers voorlichting * ‘...heeft mij laten zien hoe ik een actieve bijdrage kan leveren aan het onderzoek.’

4.8.5 Tevreden met informatie

Patiënttevredenheid kan gemeten worden door te kijken naar verschillende indicatoren. Een van de belangrijkste indicatoren is de mate en kwaliteit van informatieverstrekking (Cleary & McNeil, 1988). Naast het voorgaand beschreven gegeven over informatieverstrekking als belangrijkste indicator voor het meten van patiënttevredenheid komt in het onderzoek van Daub (2013) naar voren dat er een relatie is tussen patiënttevredenheid en de mate van therapietrouw. Daarom kan gezegd worden dat informatieverstrekking een indirecte rol speelt in de mate van therapietrouw. Omdat de mate van patiënttevredenheid een direct verband houdt met therapietrouw, is er in dit onderzoek aandacht besteed aan de mate van tevredenheid die door de respondenten gekoppeld wordt aan de verstrekte informatie.

		Frequentie	Percentage
Mee oneens		5	13%
Neutraal		1	3%
Mee eens		31	82%
Totaal		37	98%
Missing	System	1	2%
Totaal		38	100%

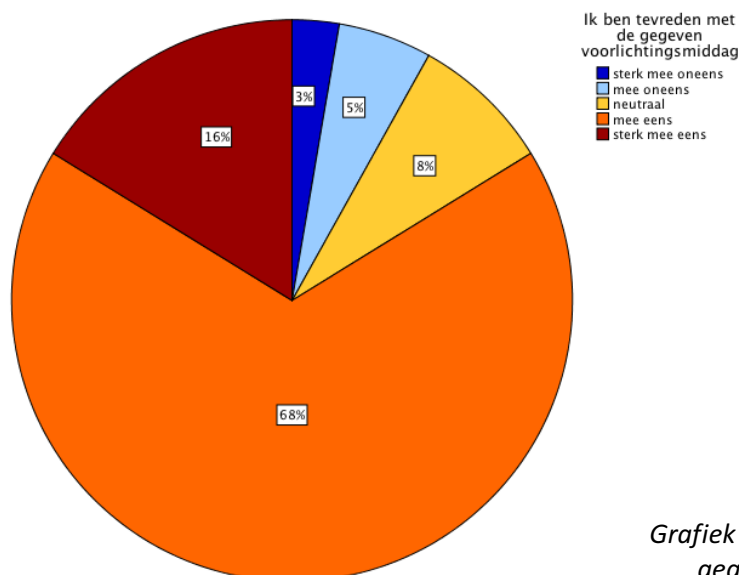
Tabel 4.28 – Tevredenheid respondenten

Tabel 4.28 laat zien wat de verdeling is van de meningen van de respondenten met betrekking tot de tevredenheid rondom de gegeven informatie over de zalf, zeep en kweekjes. Bij deze verdeling wordt geen onderscheid gemaakt tussen therapietrouw en therapieontrouw. Opvallend gegeven is dat de grote meerderheid heeft aangegeven het eens te zijn met de stelling: “Ik ben tevreden met de gegeven informatie rondom het gebruik van de zalf zeep en kweekjes. Daarnaast is te zien dat 13% van de totale respondentengroep heeft aangegeven het niet eens te zijn met de stelling.

4.8.6 Voorlichtingsmiddag

Uit een onderzoek van Daub (2013) naar de relatie tussen patiënttevredenheid en therapietrouw, blijkt dat er een matig verband is tussen patiënttevredenheid en de mate van therapietrouw.

Wanneer patiënt en zorgverlener een intensievere zorgrelatie aangaan, zoals binnen een voorlichtingsmiddag, zal de invloed van patiënttevredenheid van grotere invloed zijn op de mate van therapietrouw. In figuur 4.29 valt op te merken dat 84% van de respondenten het eens was met de stelling: “Ik ben tevreden met de gegeven voorlichtingsmiddag”.



Grafiek 4.29 – Ik ben tevreden met de gegeven voorlichtingsmiddag

4.8.7 Keuze voor deelname

Uit een rapport van Plantinga & van den Berg (2014) blijkt dat een verhoogde tevredenheid bijdraagt aan opnieuw deelnemen aan een medisch wetenschappelijk onderzoek. Positieve ervaringen met betrekking tot het deelgenomen onderzoek dragen bij aan een verhoogde tevredenheid. Voor de toekomst van medisch wetenschappelijk onderzoek binnen het ziekenhuis is het van belang om na te gaan wat de tevredenheid is geweest vanuit de respondenten met betrekking tot de MuPi-trial; daarom is er bij de respondenten de stelling voorgelegd: "Ik heb een goed gevoel bij de keuze die ik gemaakt heb om aan dit onderzoek deel te nemen". In tabel 4.30 is een overzicht te zien van de meningen die respondenten hebben over de stelling: "Ik heb een goed gevoel bij de keuze die ik heb gemaakt om aan dit onderzoek deel te nemen". In de tabel is te zien dat het overgrote deel – 82% van de totale respondentengroep – het eens is met de stelling. Daarentegen heeft 16% van de respondenten aangegeven het hier niet mee eens te zijn.

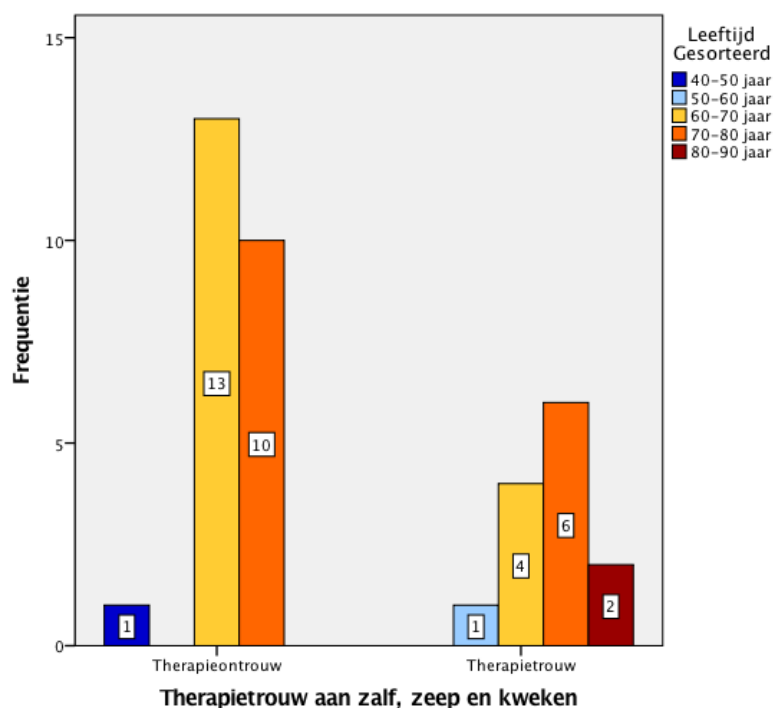
	Frequentie	Percentage
Mee oneens	6	16%
Neutraal	1	2%
Mee eens	31	82%
Total	38	100%

Tabel 4.30 – Ik heb een goed gevoel bij de keuze die ik heb gemaakt om aan dit onderzoek deel te nemen

4.9 Leeftijd & medicatiegebruik

Gedurende het afnemen van de telefonische enquêtes is de respondent onder andere naar zijn/haar geboortedatum gevraagd. De leeftijden zijn in figuur 4.31 afgezet tegenover de totale therapietrouw onder de totale respondentengroep. Vanuit dit figuur blijkt dat de 60- tot 70-jarigen behoren tot de meest therapieontrouwe groep binnen dit onderzoek, gevolgd door de leeftijdscategorie van 70 tot 80-jarigen. Er kan geen betrouwbare vergelijking worden gemaakt tussen deze twee en de andere leeftijdscategorieën, gezien de 60- tot 80-jarigen de grootste leeftijdscategorie betreft binnen dit onderzoek.

Grafiek 4.31 – Therapietrouw totaal tegenover leeftijdsgroepen



Voorlichting, de formule voor therapietrouw?

Wanneer alle leeftijdscategorieën tegenover de individuele aspecten van therapietrouw zijn afgezet, blijkt dat de leeftijdscategorieën die over het algemeen het meest therapieontrouw zijn geweest, dit vooral waren op het gebied van het wassen met de zeep/shampoo. Zie tabel 4.32, waarin onder andere deze cijfers aan therapieontrouwe respondenten staan gevisualiseerd.

		Zeep/shampoo		Totaal
		Therapieontrouw	Therapietrouw	
Leeftijd Gesorteerd	40-50 jaar	1	0	1
	50-60 jaar	0	1	1
	60-70 jaar	13	4	17
	70-80 jaar	10	6	16
	80-90 jaar	0	2	2
Totaal		24	13	37

Tabel 4.32 – Therapietrouw zeep/shampoo tegenover leeftijdsgroep

4.9.2 Medicatiegebruik

Volgens Laan & Wenink (2008) kan het gebruik van meerdere soorten medicatie als een belemmerende factor fungeren met betrekking tot de therapietrouw van de patiënt. Hierbij stellen van den Brink-Muinen & van Dulmen (2004) dat polyfarmacie (het gebruik van meerdere soorten medicatie tegelijkertijd) de therapietrouw verlaagt en de therapieontrouw juist verhoogt. Daarom is de respondent aan het begin van de telefonische enquête gevraagd naar het gebruik van thuismedicatie. Uiteindelijk blijkt uit tabel 4.33 dat 53% van de respondenten thuis verschillende soorten medicatie gebruikt en dat 47% van de respondenten geen medicatie gebruikt. Het grootste gedeelte van de respondenten dat op een dagelijkse basis medicatie gebruikte, maakte gebruik van hypertensie-medicatie (zie tabel 4.34).

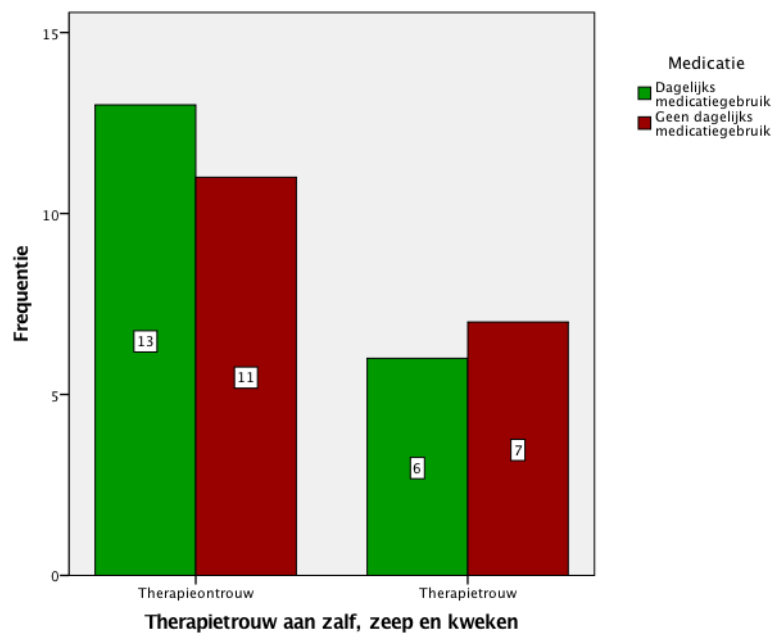
	Frequentie	Percentage
Dagelijks medicatiegebruik	20	53%
Geen dagelijks medicatiegebruik	18	47%
Totaal	38	100%

Tabel 4.33 - Dagelijks medicatiegebruik respondenten

	Frequentie	Percentage
Nee	18	47%
Ja	20	53%
Totaal	38	100%

Tabel 4.34 - Dagelijks gebruik van hypertensie-medicatie

Wanneer de aantallen van respondenten die wel of geen dagelijkse medicatie gebruiken worden weerlegd tegen de totale therapietrouw van de respondenten (figuur 4.35), wordt het duidelijk dat er op dit gebied geen duidelijk verschil tussen beide groepen kan worden aangetoond.



Tabel 4.35 – Therapietrouw totaal tegenover medicatiegebruik

4.10 Aanbevelingen van patiënten

4.10.1 Voorlichtingsmateriaal

Een groot aantal van de aanbevelingen die de respondenten hebben benoemd staat onderverdeeld binnen het kernthema ‘voorlichtingsmateriaal’. Dit kernthema heeft betrekking op alle verstrekte folders en instructieformulieren die in het kader van de MuPi-trial aan de patiënt zijn overhandigd. Er zijn uiteindelijk 8 van de 38 respondenten die een aanbeveling in het kader van de voorlichtingsmaterialen hebben gedaan, mede gezien het gegeven dat enkelen van hen hier daadwerkelijk tegenaan zijn gelopen gedurende de MuPi-trial. Opvallend gegeven binnen deze aanbevelingen is het gegeven dat 4 van deze 8 respondenten die een aanbeveling hebben gedaan op dit gebied tot de therapieontrouwe groep van de respondenten behoort. Het grootste gedeelte van deze aanbevelingen heeft betrekking op de manier waarop de informatie in het materiaal staat beschreven. Deze is volgens de respondenten veelal onduidelijk, staat vol taalfouten en bevat informatie die elkaar tegensprekt. De respondenten geven aan dat dit het moeilijk heeft gemaakt om daadwerkelijk therapietrouw te blijven aan de MuPi-trial, het *“was te complex”* (fragment 9). Zo beschrijven respondenten dat: *“De ene keer stond een dag meer dan de andere keer. Hierdoor was het onduidelijk wanneer ik moest beginnen”* (fragment 18) en dat er *“dubbele ontkenningen instaan, wat voor onduidelijkheid zorgt”* (fragment 22). Andere aanbevelingen hebben betrekking op het moeilijke taalgebruik binnen het voorlichtingsmateriaal, het tekort aan voorlichtingsmateriaal tijdens de bijeenkomsten en onduidelijkheid rondom het invullen van de labels voor de set met kweekjes die een week voorafgaand aan de opname afgenomen en opgestuurd moesten worden.

4.10.2 Voorlichtingsmiddag

Een groot aantal van de aanbevelingen die de respondenten hebben benoemd staat onderverdeeld binnen het kernthema ‘voorlichtingsmiddag’. Dit kernthema heeft betrekking op de voorlichtingsmiddag in het kader van de MuPi-trial. Er zijn uiteindelijk 11 van de 38 respondenten die een aanbeveling in het kader van de voorlichtingsmiddag hebben gedaan. Van de 11 respondenten zijn er 7 respondenten therapieontrouw geweest aan de profylactisch behandeling.

Van de 11 respondenten die als kernthema de voorlichtingsmiddag hebben benoemd, gaven 5 respondenten aan dat er tijdens de voorlichtingsbijeenkomst weinig tijd was en dat de informatie op een gehaaste manier werd gebracht. Zo werd er door een respondent aangegeven om: *“Meer tijd voor de voorlichting uittrekken, dit ging veel te snel. Tevens voelde de voorlichting onpersoonlijk aan, niet echt gelegenheid tot vragen”* (fragment 8). Ook werd er door een paar respondenten aangegeven dat zij hadden ervaren dat er onvoldoende of onduidelijke informatie werd gegeven met betrekking tot de MuPi-trial. Een respondent gaf aan *“Voorlichtingsmiddag minimaal en mist concrete uitleg”* (fragment 5). Verder gaven 5 respondenten aan dat ze de voorlichtingsbijeenkomst rommelig vonden. Een respondent gaf aan: *“Voorlichting vond op de “gang” plaats, hierdoor veel afleidingen qua geluid. Hierdoor was het tevens slecht te horen, en kwam het rommelig over. Daarnaast was het beeldscherm slecht te zien”* (fragment 11). Ten slotte vonden een aantal respondenten dat de voorlichting niet goed voorbereid was. Er werd aangegeven door een aantal respondenten dat er niet voor iedereen materiaal aanwezig was. Een van de respondenten gaf aan: *“Veel informatie moest nog gekopieerd worden wat veel tijd kostte, waardoor er mensen ook weggingen. Beter voorbereiding van de voorlichtingsmiddag zodat alles paraat is”* (fragment 22).

4.10.3 Communicatie

Onder de aanbevelingen die de respondenten op het gehele voorlichtingsproces gaven, is het kernthema ‘communicatie’ 7 keer naar voren gekomen. Van deze respondenten is bekend dat uiteindelijk 5 respondenten therapieontrouw zijn geweest aan de profylactische behandeling. Het kernthema communicatie heeft onder andere betrekking op: de communicatie tussen de disciplines (als grootste component) bereikbaarheid, attenderen op het afnemen van de 2^e set kweekjes en benadering tot deelname.

De communicatie tussen de disciplines werd 2 maal letterlijk benoemd door de respondenten. Een bijpassende daaropvolgende opmerking beschrijft dit niet letterlijk, maar heeft hier wel een direct verband mee. *“Slechte ervaring op de afdeling, hier was niks bekend over de MuPi-trial. Het voelde (...) erg onaf toen ik het ziekenhuis verliet”* (fragment 21). Tevens wordt de communicatie als label ook toegekend aan fragmenten waarin beschreven wordt dat er door de verpleegkundigen op de afdeling, niet gecommuniceerd is over het afnemen van de 2^e set kweekjes tijdens de opname. *“In het ziekenhuis werd verteld dat de kweekjes na de operatie ook nog zouden worden afgenomen. Er is alleen nooit contact opgenomen om de kweekjes na operatie af te nemen”* (fragment 3). Binnen de groep deelnemende respondenten bevond zich 1 respondent die via de telefoon benaderd is door de secretaresse van de afdeling orthopedie voor deelname aan het onderzoek. Deze respondent heeft geen voorlichtingsmiddag gehad.

Ten slotte heeft een respondent aangegeven dat het ziekenhuis na de operatie moeilijk te bereiken was en dat de respondent vervolgens ook niet is voorzien van volledige informatie. De respondent is naar aanleiding van het veelvuldig bellen ook niet teruggebeld met toereikende informatie. *“Informatie na de operatie kan nog verbeterd worden, (...) heeft na de operatie meerder keren gebeld, geen duidelijke informatie gekregen, ...) is ook niet teruggebeld”* (fragment 1).

4.10.4 Verpleegafdeling

Binnen de aanbevelingen die de respondenten hebben gegeven naar aanleiding van de MuPi-trial, komt het kernthema verpleegafdeling ook meerdere malen naar voren. Van de 7 respondenten die dit hebben aangegeven zijn uiteindelijk 4 respondenten therapieontrouw geweest aan de profylactische behandeling. Het kernthema verpleegafdeling kan naar aanleiding van de antwoorden, uitgelegd worden als activiteiten die plaatsvinden op de verpleegafdeling. *“Op de afdeling is er niks met de zelf en zeep gedaan, dit terwijl dit wel in het protocol staat vermeld hier mee door wordt gedaan binnen het ziekenhuis”* (fragment 4).

5. Conclusie

5.1 Deelvraag 1

Hoe wordt het voorlichtingstraject voor de patiënten die deelnemen aan de MuPi trial en een knie- of heupprothesiologie ondergaan, nu binnen het Isala te Zwolle vormgegeven?

De patiënt komt allereerst op de polikliniek bij de orthopeed, deze geeft informatie over de MuPi-trial. Vervolgens komt de patiënt bij de opnameplanning waarbij voorlichtingsmateriaal wordt verstrekt en waar enige informatie wordt gegeven betreffende de MuPi-trial. De medewerkers van de planning hebben tevens als taak om de patiënt erop te attenderen op het goed doorlezen van de informatiebrief en het melden van het telefonische spreekuur van de regieverpleegkundige.

Het voorlichtingsmateriaal bestaat uit een informatiebrief. In de informatiebrief wordt aangegeven dat deze is bedoeld om een goede afweging te kunnen maken om wel of niet mee te doen aan het onderzoek. Vervolgens wordt er ingegaan op het doel, uitleg van de middelen, en de manier waarop het onderzoek uitgevoerd wordt. Daarna staan de voorschriften van de neuszalf, zeep/shampoo en kweekjes dikgedrukt in de tekst verwerkt. In de andere onderdelen van deze informatiebrief wordt er ingegaan op beperkingen voor de patiënt tijdens het onderzoek, de bijwerkingen, voor- en nadelen bij deelname, het niet deelnemen, en wat er gebeurt als het onderzoek is afgerond. Ook wordt er in de informatiebrief vermeld dat het onderzoek is goedgekeurd door een medisch-ethische toetsingscommissie. Ten slotte wordt er vermeld dat men zich kan terugtrekken uit het onderzoek en wordt er verwezen naar telefoonnummers van een onafhankelijke arts en de hoofdonderzoeker.

De laatste fase van het voorlichtingstraject betreft een voorlichtingsbijeenkomst, die geleid wordt door de regieverpleegkundige, hoofdonderzoeker of onderzoekend arts van de afdeling. De arts is beschikbaar voor het stellen van vragen van zowel de patiënten als de verpleegkundigen. Bij deelname aan het onderzoek moet het toestemmingformulier ondertekend worden, en krijgt men de neuszalf, zeep/shampoo en kweekjes mee naar huis. Nadat de patiënt op de voorlichtingsbijeenkomst is geweest, is het de verantwoordelijkheid van de patiënt om de voorschriften thuis na te leven. Bij vragen van de patiënt kan de patiënt gebruik maken van het telefonisch spreekuur van de regieverpleegkundige of telefonisch contact zoeken met de arts.

5.2 Deelvraag 2

Hoeveel patiënten die tussen september en december 2016 binnen het Isala te Zwolle een totale heup- of knieprothesiologie zijn ondergaan, hebben het precieze advies van de arts nageleefd en zijn therapietrouw aan deze behandeling?

Het onderzoek bestaat uit drie facetten: neuszalf, zeep/shampoo en kweekjes. Binnen deze drie facetten zijn:

- 32 van de 38 (84%) respondenten therapietrouw geweest aan de neuszalf;
- 13 van de 38 (34%) respondenten therapietrouw geweest aan de zeep/shampoo;
- 34 van de 37 (92%) respondenten therapietrouw geweest aan de kweekjes.

Vanuit de bundeling van deze individuele facetten komt de uiteindelijke therapietrouw uit op 13 van de 38 respondenten.

5.3 Deelvraag 3

Welke factoren zijn van invloed op de therapietrouw van een profylactische behandeling voorafgaande aan een heup- of knieprothesiologie?

Ten eerste beschrijft de gebruikte literatuur dat het beschikken over voldoende/onvoldoende kennis over de te gebruiken medicatie, ook van invloed kan zijn op de therapietrouw (par. 2.2). Op dit gebied van kennis kon er geen volledige vergelijking worden getrokken, maar kan er vanuit dit

onderzoek wel worden gesteld dat de mate van kennis in ieder geval van positieve invloed is op de therapietrouw betreffende het gebruik van de zeep/shampoo.

Daarnaast beschrijft het conceptueel model (zie 2.6) dat factoren zoals de presentatie, het proces en de zorgverlener, met elk zijn eigen kenmerken, tevens van invloed zouden kunnen zijn op de therapietrouw van de patiënt. Uit de resultaten binnen dit onderzoek komt naar voren dat elk van deze individuele factoren geen tot weinig invloed heeft op de therapietrouw van de patiënt. Ook factoren zoals de leeftijd van de patiënt en de aan- of afwezigheid van polyfarmacie, hebben, zoals het naar voren komt vanuit de resultaten van dit onderzoek, geen invloed op de therapietrouw van de patiënt.

5.4 Deelvraag 4

Op welke vlakken binnen de patiëntenvoorlichting kan er volgens de patiënt, verbetering plaats vinden om de therapietrouw te vergroten?

De meest voorkomende aanbevelingen vanuit de respondenten waren in het kader van de voorlichtingsmiddag die de patiënten hebben bijgewoond. De respondenten benoemden dat de voorlichtingsmiddag rommelig is overgekomen. Er was weinig tijd, minimale voorbereiding en faciliteiten voor een toereikende uitleg, wat bij zou kunnen dragen aan de mate van therapietrouw. Het merendeel van de 11 respondenten die hebben aangegeven graag verbetering te willen zien rondom de voorlichtingsmiddag is therapieontrouw geweest. Daarnaast kwamen aanbevelingen in het kader van het voorlichtingsmateriaal ook veelvuldig voor. Het merendeel van de respondenten gaf aan dat de manier waarop de informatie beschreven staat onduidelijk is. De helft van de respondenten die het 'voorlichtingsmateriaal' verbeterd willen zien, is uiteindelijk therapieontrouw geweest.

Ook communicatie kwam veelvuldig naar voren als een aanbeveling vanuit de respondenten. Het thema heeft betrekking op de communicatie tussen disciplines en de bereikbaarheid. De respondenten gaven aan dat er beter gecommuniceerd moet worden tussen de disciplines en dat het ziekenhuis beter bereikbaar moet zijn voor vragen, ook na de operatie. Het merendeel van de respondenten die aangegeven hebben verbetering te willen zien binnen de communicatie zijn therapieontrouw geweest aan de profylactische behandeling. Ten slotte gaven nog eens 7 respondenten aan dat er verbetering moet optreden binnen het thema 'verpleegafdeling'. Alle 7 respondenten hebben aangegeven dat de afdeling/verpleegkundigen niet op de hoogte waren van de MuPi-trial en dat hierdoor veelvuldig vergeten is om de 2e set kweekjes af te nemen.

5.5 Hoofdvraag

Vanuit de beantwoording op de voorgaande deelvragen, kan er antwoord worden gegeven op de hoofdvraag die centraal heeft gestaan binnen dit onderzoek:

"Hoeveel procent van de patiënten die tussen september en december 2016 binnen het Isala te Zwolle een totale heup- of knieprothesiologie heeft ondergaan, is therapietrouw aan een profylactische behandeling en welke invloed heeft een patiëntenvoorlichting hierop?"

Uit dit onderzoek naar de therapietrouw bij een profylactische behandeling voorafgaand aan een totale knie- of heupprothesiologie kan er geconcludeerd worden dat 34% van onderzochte respondenten therapietrouw zijn geweest aan de MuPi-trial. Daarnaast kan er vanuit dit onderzoek worden geconcludeerd dat de patiëntenvoorlichting in het kader van deze profylactische behandeling geen tot weinig invloed heeft op de mate van therapietrouw van de patiënt.

6. Discussie

6.1 Methodologisch

In eerste instantie zou dit onderzoek worden uitgevoerd onder een onderzoekspopulatie van 80 tot 100 respondenten, die geïnccludeerd zouden zijn binnen de MuPi-trial. Daarnaast moesten zij ook voldoen aan de vooropgestelde eisen met betrekking tot de inclusie van dit onderzoek. Gezien de financiering van de MuPi-trial tussentijds is stopgezet, zijn er uiteindelijk 48 patiënten binnen de MuPi-trial geïnccludeerd, waarvan uiteindelijk 42 patiënten geïnccludeerd konden worden binnen dit onderzoek. Uiteindelijk waren 38 respondenten bereid om deel te nemen aan de telefonische enquête. Dit is een te kleine populatie om te spreken over volledig valide en betrouwbare resultaten en conclusies, en is van grote invloed geweest op de verdere uitvoering. Desondanks kan er wel gesproken worden over een betrouwbare steekproef met een foutmarge van 5%, hiervoor zou bij 38 van de 42 geïnccludeerde respondenten een telefonische enquête afgenomen moeten worden.

Gezien het feit dat de financiering van de MuPi-trial tussentijds is stopgezet, zijn er na december 2016 geen patiënten meer geïnccludeerd binnen de MuPi-trial. Dit heeft dan ook een negatieve invloed gehad op de uitvoering van dit onderzoek, gezien het de bedoeling was om de onderzoeksgroep te voorzien van patiënten die vanaf december 2016 binnen de MuPi-trial geïnccludeerd zouden zijn. Hierdoor zijn er binnen dit onderzoek uiteindelijk maar 42 respondenten geïnccludeerd die tussen september en december 2016 een totale heup- of knieprothesiologie hebben ondergaan, waardoor de betrouwbaarheid van de gegeven antwoorden discutabel kan worden geacht. Dit gezien het voor de respondenten die in september zijn geïnccludeerd, minstens vijf maanden geleden is dat zij de profylactische behandeling en operatie hebben ondergaan.

Ondanks deze factoren die van negatieve invloed zijn geweest op de uitvoering, is er gedurende dit onderzoek veel waarde gehecht aan het onafhankelijk peer-reviewen door de onderzoekers. Doordat eenieder van de onderzoekers is bevraagd op de door zijn/haar geanalyseerde resultaten en de geschreven paragrafen, kan er op dit gebied binnen dit onderzoek een hogere betrouwbaarheid worden gegarandeerd. Tevens heeft het peer-reviewen gedurende dit onderzoek de kritische blik van elk van de onderzoekers in zekere mate gestimuleerd en versterkt.

6.1.2 Vragenlijst

Daarnaast zijn enkele aspecten binnen de gebruikte vragenlijst discutabel. Zo bleek de 1 tot 5 scoreschaal binnen de BMQ, MARS, USE en SAPS niet effectief, waar door Kamphof & Pleijsier (2016) al op werd gewezen, maar die gezien de validiteit van de meetinstrumenten niet veranderd konden worden binnen dit onderzoek. Deze twijfel in effectiviteit heeft vooral betrekking op de keuzemogelijkheid 'neutraal' binnen deze scoreschaal, die de respondenten waarschijnlijk gebruikten op het moment dat zij het antwoord op een stelling niet wisten. Hierdoor is het binnen enkele stellingen niet duidelijk of de respondent daadwerkelijk een neutrale mening had, of geen antwoord had op de stelling die hem/haar werd voorgelegd.

Tevens zijn enkele graadmeters, in de vorm van stellingen binnen deze vragenlijst, niet effectief gebleken. Om te inventariseren of respondenten de werking van de medicatie daadwerkelijk hadden begrepen, is hen de vraag voorgelegd om de werking toe te lichten. Op het moment dat er in het antwoord 'bacteriën, infectie of ontsteking' voorkwam, werd er genoteerd dat de respondent de werking begreep. Zo ook op het moment dat een van deze woorden voorkwam, maar de respondent geen verdere onderbouwing kon geven op de werking. Gezien dit gegeven is het dan ook discutabel of er aan de hand van deze vraag, een reëel beeld is gegeven van het daadwerkelijk begrijpen van de werking. Daarnaast bleek de graadmeter voor het inventariseren van de gedachten over de effectiviteit van de medicatie bij de respondent, ook niet effectief. De stelling 'ik denk dat de neuszalf/zeep effectief werkt tegen complicaties' bleek geen juiste graadmeter te zijn voor het meten van de gedachten over de effectiviteit. Respondenten gaven dan ook vaak aan dat zij hier

geen antwoord op konden geven, omdat dit juist hetgeen was wat uit de MuPi trial duidelijk zou moeten worden. Hierdoor kunnen antwoorden op deze stelling mogelijk een vertekend beeld geven.

Daarnaast is er binnen de vragenlijst geen rekening gehouden met het feit dat de patiënt de neuszalf ook nog door gebruikt in het ziekenhuis, gezien dit onderzoek zich focust op de periode voorafgaand aan opname. Door de vraagstelling “hoeveel dagen heeft u gebruik gemaakt van de neuszalf?”, was het voor de respondent niet duidelijk dat binnen dit onderzoek alleen de periode voor opname werd bedoeld. Hierdoor moest dit tussentijds bij de respondenten worden aangegeven, waardoor hun antwoord mogelijkerwijs is beïnvloed door de onderzoekers. Betreffende de nauwkeurigheid van dit onderzoek, zou het beter zijn geweest als hier vooraf rekening mee zou zijn gehouden.

Ten slotte blijkt vanuit het conceptueel model (zie 2.6) dat opgesteld is aan de hand van het theoretische kader van dit onderzoek, dat er verschillende aspecten van invloed zijn op de voorlichting. Deze kunnen daarmee invloed uitoefenen op de patiënt, welke uiteindelijk weer van invloed zijn op de mate van therapietrouw. Deze aspecten ‘zorgverlener’, ‘presentatie’ en ‘proces’ hebben elk zijn eigen kenmerken. Deze kenmerken zijn binnen de enquête van dit onderzoek niet specifiek naar voren gekomen, omdat de huidige enquête geen ruimte bood voor het uiteenzetten van deze drie complexe aspecten. Hierdoor zijn er op dit gebied dan ook geen resultaten verkregen, waardoor het inzichtelijk gekregen voorlichtingsproces nergens tegen afgezet kon worden. Binnen een vervolgonderzoek zou men dieper in kunnen gaan op deze kenmerken, om tot een meer duidelijke conclusie te komen met betrekking tot de eventuele beïnvloeden factoren.

6.1.3 Interviews

Binnen dit onderzoek is er lichtelijk afgeweken van de onderzoeksopzet zoals deze in eerste instantie is opgesteld. Het zou namelijk een onderzoek met een kwantitatief karakter betreffen, met enkele kwalitatieve aspecten. Uiteindelijk is ervoor gekozen om ook de vormgeving van het huidige voorlichtingstraject te onderzoeken, waardoor er interviews afgenomen zijn afgenomen onder artsen en regieverpleegkundigen. Hierdoor is het aandeel van de kwalitatieve data-verzameling binnen dit onderzoek in grote mate toegenomen. Discussabel aspect binnen het analyseren van deze interviews, is de manier waarop er bij het verwerken van de fragmenten gelabeld is. Gezien het feit dat er aan de hand van deze interviews een proces inzichtelijk gemaakt moest worden, zijn de labels min of meer een samenvatting van het proces in stapsgewijze punten. Toch is dit tussentijds opgevangen door per fragment naast het label een allesomvattend kernthema toe te voegen. Ook zijn de fragmenten vanuit de interviews onafhankelijk gecodeerd, wat bijdraagt aan de verdere betrouwbare verwerking van de resultaten verkregen vanuit de interviews.

6.1.4 Conclusie methodologische discussie

Samenvattend kunnen de resultaten vanuit dit onderzoek discussabel worden geacht door bovenstaand beschreven factoren, de kleine respondentengroep en de data waarop de respondenten zijn benaderd voor de telefonische enquête. Het zou van belang zijn dat in een vervolgonderzoek de onderzoeksgroep groter is, waardoor de resultaten en de conclusie van het onderzoek betrouwbaarder kunnen zijn. Tevens is het van belang om in het vervolgonderzoek de data waarop de patiënten worden benaderd voor een telefonische enquête, binnen een maand na de operaties plaats te laten vinden. Dit zorgt ervoor dat de respondenten zich de situatie beter kunnen herinneren, en hierdoor de antwoorden betrouwbaarder kunnen zijn. Ten slotte zou het van belang zijn om de telefonische enquête te herzien, al dan niet aan te passen aan de hand van het conceptueel model dat binnen dit onderzoek is opgesteld. Hierdoor zou een enquête kunnen worden opgesteld die specifiek is gericht op het mogelijke verband tussen voorlichting en therapietrouw.

6.2 Inhoudelijk

Vanuit de resultaten binnen dit onderzoek kan er niet worden aangetoond dat voorlichting van invloed is op de mate van de therapietrouw bij de orthopedische patiënt. Dit betekent niet dat er over het algemeen of binnen de MuPi-trial geen verband bestaat tussen beide factoren, het theoretisch kader beschrijft namelijk dat de voorlichting wél degelijk van invloed kan zijn op de mate van therapietrouw. Waarschijnlijk zijn de grootte van de respondentengroep en de invulling van de huidige enquête niet toereikend genoeg geweest om een dergelijk verband te kunnen onderzoeken. Aan de hand van de literatuur binnen het theoretisch kader is er een conceptueel model opgesteld. Het conceptueel model kan hierdoor bruikbaar zijn binnen andere onderzoeken die ingaan op de eventuele invloed die voorlichting heeft op de mate van therapietrouw van de patiënt.

Binnen het theoretisch kader van dit onderzoek staan er enkele recente onderzoeken beschreven die ingaan op de mate van therapietrouw bij de orthopedische patiënt die een profylactische behandeling volgt met mupirocine en chloorhexidine. Vanuit een selecte groep aan onderzoeken kon de hypothese worden gesteld dat de mate van therapietrouw aan een profylactische behandeling tussen de 81% en 98% ligt (Metha, et al. 2013; Ramos, et al. 2011; Fritz et al. 2011;). Tevens zijn er soortgelijke onderzoeken die geheel andere percentages schetsen, betreffende de mate van therapietrouw binnen deze patiëntengroep. Volgens deze onderzoeken kon de hypothese worden gesteld dat het percentage van patiënten die therapietrouw zijn aan een profylactische behandeling, tussen de 22% en 39% ligt (Kapadia et al. 2015; Schweizer et al., 2015). Vanuit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat 34% van de patiënten therapietrouw is geweest aan de profylactische behandeling. Dit percentage past daarmee binnen de range van 22% tot 39% die Schweizer en Kapadia binnen hun onderzoeken concluderen. Tevens komt dit overeen met het percentage therapietrouw binnen het voorgaande onderzoek van Kamphof & Pleijsier (2016), waarbinnen een percentage van 32% wordt geconcludeerd.

Het lage percentage aan therapietrouw binnen dit onderzoek lijkt te komen door de lage therapietrouw binnen het facet zeep/shampoo, waarbinnen slechts 13 respondenten therapietrouw zijn geweest aan het voorschrift. Het lijkt dat het binnen dit facet vooral is misgegaan op het gebied van het aantal dagen gebruiken van de zeep/shampoo, gezien 21 van de 38 respondenten hier een verkeerd aantal dagen heeft gehanteerd. Het lijkt dat de respondenten in de veronderstelling waren dat het wassen van de juiste gebieden van het lichaam hét belangrijkste aspect was op het gebied van het voorschrift omtrent de zeep/shampoo en niet het aantal dagen wassen. Dit kan worden afgeleid uit het gegeven dat de respondenten die aangaven het sterk eens te zijn met de stelling rondom het begrijpen van de werking, vooral onder de groep die de juiste lichaamsdelen hadden gewassen, vielen. Dit zou verweten kunnen worden aan de manier waarop de instructies binnen de MuPi-trial in het voorlichtingsmateriaal onderverdeeld en beschreven stonden. Hierbinnen stonden de gebieden die gewassen moeten worden duidelijk beschreven, maar stonden de instructies met betrekking tot het aantal dagen op een niet-logische wijze verdeeld en sprak deze informatie elkaar tevens tegen.

Opvallend gegeven is dat het percentage van therapietrouwe respondenten bij het gebruik van de neuszalf en kweekjes beduidend hoger ligt. Dit zou mogelijkerwijs verklaard kunnen worden doordat informatie met betrekking tot de neuszalf duidelijker en uitvoeriger staat beschreven binnen het voorlichtingsmateriaal betreffende de MuPi-trial. Daarnaast staat de instructieafname van de kweekjes beschreven in een aparte brief, wat kan bijdragen aan de hoge therapietrouw onder het op een juiste manier afnemen van de kweekjes voor de MuPi-trial. Mogelijk lag de complexiteit van de instructies bij de zeep/shampoo hoger dan bij de neuszalf en kweekjes, waardoor dit van een negatieve invloed kan zijn geweest op de mate van de therapietrouw (Jin, Sklar, Min seh oh & Li, 2008; Laan 2007;)

Daarnaast lijkt het dat zich op het gebied van de begrijpelijkheid van de informatie en de gegeven instructies binnen de voorlichting/brieven een verschil voordoet in het veronderstelde begrijpen en het daadwerkelijk begrijpen door de respondent. De respondent geeft veelvuldig aan het eens te zijn met stellingen zoals “ik begrijp de gegeven informatie” en “het voorlichtingsmateriaal heeft mij geholpen om op een juiste wijze gebruik te maken van...”, maar er is achteraf toch sprake van een laag percentage van therapietrouwe respondenten. De respondent zou er van overtuigd kunnen zijn dat hij/zij de informatie begrijpt, maar mist de gezondheidsvaardigheden (health literacy) om deze informatie te kunnen beoordelen en hier kritisch mee om te kunnen gaan (Parker, Ratzan, & Lurie, 2003, p. 147). Hierdoor zou de respondent de onlogisch verdeelde informatie over het hoofd kunnen zien, de gedachte hebben de instructies te begrijpen, maar uiteindelijk therapieontrouw te zijn aan de behandeling. Wanneer er meer samenwerking plaats zou hebben gevonden tussen patiënt en zorgverlener, had de health literacy van de patiënt beter in beeld gebracht kunnen worden en had hier eerder op ingespeeld kunnen worden. Zoals het proces was vormgegeven had dit enkel gesignaleerd kunnen worden gedurende het eerste gesprek met de orthopeed, gezien de voorlichtingsbijeenkomst geen persoonlijke voorlichting omvat.

Het samenwerkingsverband tussen patiënt en zorgverlener tijdens het voorlichtingstraject van de MuPi-trial lijkt dan ook minimaal te zijn geweest, gezien de geringe contactmomenten tussen beide partijen. Dit kan van invloed zijn geweest op de mate waarin de respondenten therapietrouw zijn geweest aan de profylactische behandeling. Vanuit het theoretisch kader komt namelijk naar voren dat het samenwerkingsverband tussen patiënt en zorgverlener, en daarmee een vertrouwensband, een van de sleutels is tot therapietrouw (Burgt en Verhulst, 2009). Naast het samenwerkingsverband komt binnen de literatuur ook het voorlichtingsmateriaal naar voren. Deze moet patiëntgericht moet zijn, wat inhoudt dat het voorlichtingsmateriaal moet aansluiten op het perspectief van de patiënt (Burgt en Verhulst, 2009). Hierin is het voor de professional de taak om zich te verplaatsen in de patiënt, waardoor de inhoud en de opbouw van het voorlichtingsmateriaal kan aansluiten bij de patiënt. Uit het lage percentage van 34% respondenten die therapietrouw zijn geweest aan de zeep/shampoo, kan de vraag worden gesteld of de instructies voor het naleven van het voorschrift vanuit het voorlichtingsmateriaal goed zijn overgekomen op de patiënt.

Tevens wordt er in het theoretische kader beschreven dat verminderde kennis kan leiden tot (meer) zorgen rondom de werking en bijwerking van de behandeling, wat van invloed zou kunnen zijn op de mate van therapietrouw. Vanuit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat de respondenten zich veelal geen zorgen hebben gemaakt over de werking en de bijwerkingen van de profylactische behandeling. Dit zou mogelijk verklaarbaar zijn vanuit het gegeven dat de respondenten veelal hebben aangegeven de gegeven informatie te begrijpen. Hierdoor kan de patiënt in de veronderstelling zijn dat hij/zij beschikt over de benodigde kennis, waardoor de zorgen rondom de te gebruiken medicatie niet of minimaal aanwezig zijn. Gezien de patiënt waarschijnlijk niet over de juiste kennis beschikte en zich daarbij geen zorgen heeft gemaakt, is de therapietrouw hierdoor mogelijk verlaagd in plaats van verhoogd binnen dit onderzoek.

Ook zou patiënttevredenheid een mogelijke rol gespeeld kunnen hebben met betrekking tot het lage percentage van therapietrouwe respondenten. Vanuit de literatuur blijkt namelijk dat de mate van therapietrouw beïnvloed kan worden door de patiënttevredenheid.

De mate en kwaliteit van informatieverstrekking zijn direct van invloed op de zorgrelatie tussen zorgvrager en zorgverlener, en gelden als een pijler voor het onderzoeken van de zorgrelatie (Cleary & McNeil, 1988). Vanuit de verkregen resultaten is gebleken dat het overgrote deel van ondervraagde respondenten tevreden was met de gegeven voorlichting, zowel de informatiebrieven als de voorlichtingsmiddag. Tevens blijkt uit de overige resultaten dat de respondenten over het algemeen tevreden zijn over de MuPi-trial. Toch laat het aantal respondenten dat therapietrouw is geweest aan de behandeling een percentage van 34% zien, en is er dus mogelijk iets misgegaan in de wisselwerking tussen de zorgrelatie en de mate van therapietrouw. De mate en kwaliteit van

informatieverstrekking is een van de pijlers voor het aantonen van de zorgrelatie, er zijn dus nog meer pijlers, welke verwijzend naar het lage cijfer van therapietrouw waarschijnlijk van invloed zijn geweest. In de enquête zijn er verder geen vragen gesteld welke gericht zijn op het onderzoeken van de zorgrelatie tussen respondenten en zorgverlener, daarom blijft er een grijs gebied met betrekking tot de invloed die de zorgrelatie kan hebben op de mate van therapietrouw.

Vanuit de antwoorden die zijn verkregen uit de telefonische enquête is er onderzocht of er een verband aanwezig was tussen de mate van therapietrouw en voorlichting. Dit verband kon uiteindelijk niet aangetoond worden, wat voortkwam uit twee factoren die hier mogelijk van invloed op kunnen zijn geweest: sociaal wenselijke antwoorden en het niet kunnen ondervangen van de patiëntgebonden health literacy. Vanuit de definitie van health literacy blijkt dat de patiënt moet beschikken aan een verscheidenheid van vaardigheden, zoals het kunnen lezen van tekst, het kunnen communiceren binnen de gezondheidszorg, en de verkregen informatie op een kritisch manier te verwerken en te onthouden (Nusselder, 2012). Door het gebruik van de telefonische enquête kon er niet op een volledige manier getoetst worden in welke mate de respondent beschikte over health literacy. Zo kan iemand de informatie bijvoorbeeld wel lezen, maar deze vervolgens niet op een kritische manier verwerken en onthouden. Hierdoor kan het zijn dat de gegeven antwoorden binnen de enquête geen duidelijkheid verschaffen betreffende het daadwerkelijk begrijpen van de werking, of het gebruik van de medicatie.

6.3 Verpleegkundige visie

De verantwoordelijkheid van de verpleegkundige richt zich op de kwaliteit van leven en het welzijn van de zorgvragers. Dit kan tot stand worden gebracht doordat de verpleegkundige zich richt op het bevorderen, in stand houden of het herstellen van de gezondheid. Daarnaast ligt er voor de verpleegkundige ook de taak betreffende het voorkomen van ziekte en beperkingen, en het verlichten van lijden en ongemak (V&VN & e.a., 2015). Vanuit het conceptuele model binnen dit onderzoek is naar voren gekomen dat er een eventuele wisselwerking bestaat tussen patiëntenvoorlichting en de mate van therapietrouw. De mate van therapietrouw vanuit de patiënt heeft weer een directe verbinding met de kwaliteit van leven en het welzijn van patiënt.

De mate van therapietrouw vanuit de patiënt is een gegeven waar de verpleegkundige belangrijke invloed op uit kan oefenen door middel van zijn of haar zorgverlening. Vanuit het literatuuronderzoek (par. 2.4) blijkt dat therapietrouw bevorderd kan worden door een goede relatie met de zorgverlener. De literatuur sluit betreffende een goede relatie met de zorgverlener, goed aan op de beroepscode. In de beroepscode is terug te lezen dat er vanuit de verpleegkundige gestreefd wordt naar een goede relatie tussen verpleegkundige en zorgvrager (V&VN & e.a., 2015), tevens komt dit feit ook naar voren vanuit de Canmeds-rollen. Een goede relatie tussen zorgvrager en verpleegkundige komt tot stand door samenwerking. Binnen de samenwerking geldt dat de verpleegkundige de zorgvrager voorziet van informatie, zodat de zorgvrager vervolgens een weloverwogen beslissing kan maken over de behandeling (V&V, 2012). Binnen dit onderzoek is aandacht uitgegaan naar het aspect voorlichting, juist omdat dit een van de verantwoordelijke taken betreft van de verpleegkundige, en direct invloed uit kan oefenen op de mate van therapietrouw.

Tevens blijkt vanuit het literatuuronderzoek dat het begrijpen van informatie bijdraagt aan de mate van therapietrouw. Daarom is het voor de verpleegkundigen, zoals dit ook in de beroepscode wordt weergegeven, belangrijk dat er zorg wordt gedragen voor het overdragen van volledige, en begrijpelijke informatie door middel van patiëntenvoorlichting (V&VN & e.a., 2015). Vanuit de Canmeds-rollen komt naar voren dat de rol van zorgverlener zich mede richt op het versterken van het zelfmanagement van de zorgvrager (V&V, 2012). Correct zelfmanagement draagt bij aan het juist uitvoeren van de behandeling of het voorschrift door de zorgvrager zelf. Het bevorderen van het zelfmanagement door de zorgvrager vraagt van de verpleegkundige om persoonsgerichte

communicatie, welke afgestemd moet zijn op de behoeften en mogelijkheden van de zorgvrager. Daarom is het als verpleegkundige belangrijk om voorafgaande aan het voorlichten en instrueren na te gaan waar de voorlichting/instructie zich op moet richten.

Binnen dit onderzoek blijkt desondanks de bovenstaand beschreven belangrijke rol van de verpleegkundige binnen het bevorderen van therapietrouw bij de patiënt, deze soms toch te wensen over laat. Dit vooral met betrekking tot de momenten en manieren waarop er voorlichting wordt gegeven. Zo is er weinig tijd en aandacht besteed aan de MuPi-trial binnen de voorlichtingsbijeenkomsten en vond er minimale communicatie tussen verpleegkundige en patiënt plaats, dit gezien het beperkte aantal contactmomenten. Dit is voor een groot gedeelte begrijpelijk, gezien de hoge werkdruk binnen de verpleegkundige professie, die onder andere voortkomt uit de huidige vergrijzing met bijkomende complexiteit van de zorgvraag, krapte op de arbeidsmarkt en administratieve lasten (V&VN, 2016). Doordat verpleegkundigen door voorgaand beschreven factoren minder tijd tot hun beschikking hebben, was het geven van een volledige en op de patiënt aansluitende voorlichting door middel van de informatiebrieven en de voorlichtingsmiddag met betrekking tot de MuPi-trial lastiger te realiseren. Tevens is uit dit onderzoek gebleken dat het voorlichtingstraject niet op een optimale manier is ingevuld en vormgegeven, welke ondersteund door het conceptueel model van invloed zou kunnen zijn op de mate van therapietrouw. Daarom is het juist van belang binnen de verpleegkundige professie om over een pakket aan vaardigheden te beschikken die bij kunnen dragen aan het opzetten en uitvoeren van een volledige voorlichting. Om verpleegkundigen te kunnen voorzien van dit pakket aan vaardigheden is het nodig om deze aan te bieden ter ontwikkeling binnen de opleidingen tot verpleegkundige en interne scholingen binnen gezondheidsorganisaties.

Samengevat heeft de verpleegkundige dus de verantwoordelijkheid om de patiënt te voorzien van informatie door middel van voorlichting en instructie, die aansluit op de behoeften en wensen van de patiënt. Deze persoonsgerichte communicatie zal de relatie tussen verpleegkundige en zorgvrager, en het zelfmanagement van de patiënt bevorderen. Bovenstaande factoren kunnen van invloed zijn op de mate van therapietrouw. Therapietrouw zal uiteindelijk bijdragen aan het bevorderen van de gezondheid en hiermee de kwaliteit van leven en het welzijn van de patiënt.

7. Aanbevelingen

7.1 Micro

De aanbevelingen die worden gedaan op microniveau hebben betrekking op de disciplines die betrokken zijn geweest bij de uitvoering van de MuPi-trial op de afdeling orthopedie binnen het Isala te Zwolle. De manier waarop een voorlichtingstraject is ingericht zou volgens het conceptuele model dat binnen dit onderzoek is opgesteld, invloed kunnen hebben op de mate van therapietrouw bij de patiënt. Daarom wordt er vanuit dit onderzoek aanbevolen om het voorlichtingstraject betreffende de MuPi-trial bij een eventuele doorstart volledig te herzien. Uit de aanbevelingen die de respondenten hebben gegeven zal het herzien van het voorlichtingsproces voornamelijk betrekking hebben op de invulling van de voorlichtingsbijeenkomsten en de duidelijkheid van het voorlichtingsmateriaal betreffende de MuPi-trial. Er wordt dan ook aanbevolen vanuit dit onderzoek om meer aandacht te besteden aan de MuPi-trial binnen de voorlichtingsmiddagen, en het voorlichtingsmateriaal uitgebreid en onafhankelijk te laten beoordelen, voordat deze in de praktijk gebruikt zal gaan worden. Dit zou uiteindelijk kunnen bijdragen aan een verbetering van het voorlichtingsproces voor patiënten, wat mogelijk tot een hogere therapietrouw binnen een eventuele voorzetting van de MuPi-trial zou kunnen leiden.

Daarnaast zijn er verschillende opvallende procesmatige aspecten naar voren gekomen binnen dit onderzoek, betreffende het interne proces van de MuPi-trial. Daarom wordt er aanbevolen om het interne proces tussen de betrokken disciplines bij een eventuele doorstart ook te herzien. Dit zal vooral betrekking hebben op de onderlinge communicatie die tussen de disciplines plaatsvindt en de onderlinge taakverdeling binnen deze trial. Wanneer zowel het communicatieproces als de taakverdeling binnen de MuPi-trial op een efficiëntere manier worden vormgegeven, door ook op dit gebied een duidelijk en helder plan van aanpak te schrijven, zou dit uiteindelijk van positieve invloed kunnen zijn op het voorlichtingstraject en daarmee de mate van de therapietrouw bij de patiënten die zijn geïncorporeerd binnen de MuPi-trial vergroten. Een allesomvattende en voor de hand liggende aanbeveling bij een mogelijke voortzetting van de MuPi-trial is het opzetten van een werkgroep 'MuPi-trial', waarin meerdere betrokken disciplines inspraak en een adviserende rol hebben op de vormgeving van de voorlichtingsmaterialen, voorlichtingsmiddagen en de bijbehorende taakverdeling van disciplines.

7.2 Meso

De aanbeveling die op mesoniveau wordt gedaan heeft betrekking op zorgverlening binnen het Isala te Zwolle. Aan de hand van het theoretisch kader binnen dit onderzoek is er een conceptueel model ontwikkeld. Dit conceptueel model omvat verschillende aspecten die van invloed kunnen zijn op de voorlichting, daarmee van invloed zijn op de patiënt en welke uiteindelijk van invloed kunnen zijn op de mate van therapietrouw van de patiënt. Er wordt aanbevolen om het conceptueel model eerst verder uit te werken en uit te diepen, zodat er meer inzicht wordt gecreëerd in de onderlinge relatie tussen patiëntenvoorlichting en therapietrouw. Op het moment dat dit conceptueel model verder is uitgewerkt, zou er op een van de afdelingen binnen het Isala te Zwolle een pilot gestart kunnen worden. Deze pilot zal als doel hebben om zoveel mogelijk negatief beïnvloedende factoren rondom de voorlichting te kunnen ondervangen en de uiteindelijke therapietrouw van de patiënt in enige mate te kunnen verbeteren. Als de pilot succesvol blijkt, kan het conceptuele model toegepast worden bij het ontwikkelen van voorlichtingen binnen andere afdelingen van het Isala of binnen andere zorginstellingen.

7.3 Macroniveau

De aanbevelingen die worden gedaan op macroniveau hebben betrekking op een grotere schaal, namelijk binnen diverse ziekenhuizen gelokaliseerd in Nederland. Binnen dit onderzoek kon er geen duidelijke conclusie worden getrokken die het verband heeft kunnen aantonen tussen de verschillende onderdelen binnen het voorlichtingsproces van de MuPi-trial, en de mate van therapietrouw van de patiënt. Vanuit dit onderzoek wordt dan ook geadviseerd om een vervolgonderzoek te doen naar de beïnvloedende factoren betreffende de voorlichting in relatie tot de mate van therapietrouw van de patiënt. De theorie beschrijft dat er in zekere zin een verband aangetoond kan worden met betrekking tot de invloed die voorlichting kan uitoefenen op de mate van therapietrouw bij de patiënt. Bij het opzetten van een vervolgonderzoek wordt geadviseerd om de mogelijk beïnvloedende variabelen binnen het voorlichtingsproces, volledig uiteen te zetten. Deze wijze creëert de mogelijkheid tot het koppelen van individuele gegevens aan de mate van therapietrouw. Hierbij is het wel van belang dat een vervolgonderzoek zich richt op het mogelijke verband tussen twee variabelen: voorlichtingsproces en therapietrouw.

Daarnaast is het van belang dat het onderzoek plaatsvindt onder een grote groep respondenten met een minimumaantal van 100 respondenten. Dit in verband met de bruikbaarheid van de resultaten binnen dit onderzoek. Tevens is het belangrijk om de periode tussen het includeren binnen de MuPi-trial en het enquêteren met betrekking tot het vervolgonderzoek zo klein mogelijk te houden, hierdoor zal de bruikbaarheid en validiteit van het onderzoek toenemen. Zoals bovenstaand beschreven is het van belang om binnen een vervolgonderzoek de vragenlijst aan te passen zodat deze gericht het verband tussen patiëntvoorlichting en therapietrouw zou kunnen aantonen. Dit door specifieke uiteenzetting van de mogelijk beïnvloedende variabelen binnen het voorlichtingsproces, zoals beschreven in het conceptueel model. Ten slotte is het bevorderlijk om het vervolgonderzoek plaats te laten vinden in een omgeving waarbij er van de patiënt een complexe handeling wordt verwacht waaraan hij of zij therapietrouw moet zijn. Hierdoor zal de intensiviteit van een voorlichtingsproces vergroten en kunnen de variabelen op een uitgebreide, doch volledige wijze worden afgezet tegen de mate van therapietrouw, waaruit vervolgens geconcludeerd kan worden welke variabelen binnen het voorlichtingsproces van invloed zijn op de mate van therapietrouw van de patiënt.

Bibliografie

- Baarda, B. (2014). Dit is onderzoek! In *Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek* (pp. 22-23). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Baiardini, I., Braidò, F., Bonini, M., Compalati, E., & Canonica, G. (2009). *Why do doctors and patients not follow guidelines?* University of Genoa, Allergy and Respiratory Diseases, Department of Internal Medicine. Genoa, Italië: University of Genoa.
- Bakker, J. (2016). *Therapietrouw van ervaren belang naar gedeeld belang*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Amsterdam: Boom Lemma Uitgevers.
- Burgt, M. v., & Verhulst, F. (2009). *Doen en blijven doen: voorlichting en compliancebevordering door paramedici*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Carpenito-Moyet, L. (2012). *Zakboek verpleegkundige diagnoses*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Chen, A. F., Wessel, C. B., & Rao, N. (2013). Staphylococcus aureus Screening and Decolonization in Orthopaedic Surgery and Reduction of Surgical Site Infections. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 471(7), 2383–2399.
- Cleary, P., & McNeil, B. (1988). Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry*, 25(1), 25-36.
- Colland, V. (2008). Zelfmanagement en therapietrouw: me 'nage a' deux van dokter en patiënt. *Tijdschrift voor Kindergeneeskunde*, 76(4), 205-213.
- Daub, V. (2013). *Invloed van patiënttevredenheid op therapietrouw*. Eindhoven: Health Innovations and Technology.
- de Goede, M., & Baarda, B. (2010). *Basisboek enqueteren*. Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- de Jong, A., de Maesschalk, L., Legius, M., Vandenbroele, H., Glorieux, M., & Visser, M. (2015). *Inleiding wetenschappelijk onderzoek voor het gezondheidsonderwijs*. Amsterdam: Reed Business Education.
- de Kam, D. C., de Waal-Malefijt, M. C., & Schreurs, B. W. (2010). Langetermijncomplicaties na totale knie- of heupprothese. In *Het Reumatologie & Orthopedie Formularium* (pp. 148-157). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Doorewaard, H., Kil, A., & van Ven, A. (2015). In *Praktijkgericht kwalitatief onderzoek*. Amsterdam: Boom Lemma Uitgevers.
- Dulmen, S. v., & Dijk, L. v. (2010). In gesprek over medicijngebruik en therapietrouw. *Tijdschrift voor praktijkondersteuning*, 5(3), 70-75.
- Elling, H. (2009). Toepassingen van geneesmiddelen. In *Inleiding in de farmacotherapie* (pp. 35-47). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Farmacotherapeutisch Kompas. (2016, oktober 1). *chloorhexidine (cutaan, urethraal)*. Opgeroepen op november 9, 2016, van Farmacotherapeutisch Kompas: <https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/bladeren-volgens-boek/preparaatteksten/c/chloorhexidine--cutaan--urethraal>
- Farmacotherapeutisch Kompas. (2016, oktober 1). *mupirocine (bij neusaandoening)*. Opgeroepen op november 9, 2016, van Farmacotherapeutisch Kompas: <https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/bladeren-volgens-boek/preparaatteksten/m/mupirocine--bij-neusaandoening>
- Fritz, S. A., Camins, B. C., Eisenstein, K. A., Fritz, J. M., Epplin, E. K., Burnham, C. A., Dukes, D., Storch, G. A. (2011). Effectiveness of Measures to Eradicate Staphylococcus aureus Carriage in Patients with Community-Associated Skin and Soft Tissue Infections: A Randomized Trial. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 32(9), 872–880.
- Giesen, D., Meertens, V., Vis-Visschers, R., & Beukenhorst, D. (2010). Vragenlijstontwikkeling. In *Statistische Methoden* (p. Den Haag/Heerlen). Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Hözel, L. P., Ries, Z., Dirmaier, J., Zill, J. M., Kriston, L., Klesse, C., Härter, M., Bermejo, I. (2015). Usefulness scale for patient information material (USE) - development and psychometric properties. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 15(34), 1-8.
- Harinck, F. (2010). In *Basisprincipes praktijkonderzoek*. Antwerpen - Apeldoorn: Garant.
- Horne, R., & Weinman, J. (1999). Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(6), 555-567.
- Horne, R., Weinman, J., & Hankins, M. (1999). The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology & Health*, 14(1), 1-24.
- Howitt, D., & Cramer, D. (2007). Kwalitatieve dataverzameling. In *Methoden en technieken in de psychologie* (p. 331). Amsterdam: Pearson Education Benelux.

Voorlichting, de formule voor therapietrouw?

- Isala Zwolle. (2015). *De invloed van infectiepreventie door perioperatieve mupirocine neuszalf en chloorhexidine zeep versus placebo zalf en zeep voor primaire heup- en knie artroplastieken op postoperatieve wondinfecties*. Isala Zwolle, Afdeling Orthopedie. Zwolle: Isala.
- Jimmy, B., & Jose, J. (2011). Patient Medication Adherence: Measures in Daily Practice. *Oman Medical Specialty Board*, 26(3), 155-159.
- Jin, J., Sklar, G. E., Min Sen Oh, V., & Li, S. C. (2008). Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Ther Clin Risk manag.*, 4(1), 269-286.
- John Wiley & Sons, Inc. (2016). *What is peer review?* Opgeroepen op april 17, 2017, van Wiley Author Services: <https://authorservices.wiley.com/Reviewers/journal-reviewers/what-is-peer-review/index.html>
- Joosten, W. L. (2016, november 4). *Bactroban neuszalf GDSv16 v6.5*. Opgeroepen op november 2016, 15, van College ter Beoordeling van Geneesmiddelen: <http://db.cbg-meb.nl/IB-teksten/h13761.pdf>
- Kalmeijer, M., van Nieuwland-Bollen, E., Bogaers-Hofman, D., & de Baere, G. (2000). Nasal carriage of *Staphylococcus aureus* is a major risk factor for surgical-site infections in orthopedic surgery. *Infect Control Hosp Epidemiol.*, 21(5), 319-323.
- Kamphof, A., & Pleijsier, M. (2016). *Doen wat de dokter zegt, therapietrouw bij infectiepreventie voor heup- en knieprothese*. Hogeschool Viaa, Academie Health Care. Zwolle: Hogeschool Viaa.
- Kapadia, B., Cherian, J. J., Issa, K., Jagannathan, S., Daley, I. A., & Mont, M. (2015). Patient Compliance with Preoperative Disinfection Protocols for Lower Extremity Total Joint Arthroplasty. *Surgical Technology International*, 26, 351-354.
- Kaptein, A., Prins, J., Collette, E., & Hulsman, R. (2010). *Medische psychologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kersten, J., Sesink, E., & Gründemann, T. (1998). In *Aspecten van verpleegkundige beroepsuitoefening*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kerstens, J. (2009). In *Inleiding in de verpleegkunde en aspecten van de verpleegkundige beroepsuitoefening*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kim, K., Chin, G., Moore, T., & Schwarzkopf, R. (2015). Does a Preoperative Educational Class Increase Patient Compliance. *Geriatric Orthopaedic Surgery & Rehabilitation*, 6(3), 153-156.
- Kullberg, B. J., van der Meer, J. W., & Warris, A. (2016). Infectieziekten. In *Codex Medicus* (pp. 379-428). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Laan, J. v. (2007). Therapietrouw. *Tijdschrift voor praktijkondersteuning*, 171-172.
- Langelaan, M., Baines, R. J., Broekens, M. A., Siemerink, K. M., van de Steeg, L., Asscheman, H., de Bruijne M.C., Wagner, C. (2010). *Monitor zorggerelateerde schade*. Utrecht: Nivel.
- Lucassen, P., & Olde-Hartman, T. (2007). *Kwalitatief onderzoek: praktische methoden voor de medische praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Mast, J., & van Vliet, M. (2007). *HBO competentieprofiel verpleegkundige Gerontologie-Geriatrie*. Utrecht: Vilans.
- Metha, S., Hadley, S., Hutzler, L., Slover, J., Phillips, M., & Bosco, J. E. (2013). Impact of Preoperative MRSA Screening and Decolonization on Hospital-acquired MRSA Burden. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 471(7), 2367-2371.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2002). *De Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Nederlandse Orthopaedische Vereniging. (2014). *Jaarrapportage uit de Landelijke Registratie Orthopedische Implantaten 2014*. Nederlandse Orthopaedische Vereniging, Stichting LROI. 's-Herthogenbosch: Nederlandse Orthopaedische Vereniging.
- NOS. (2012, september 11). *Onnodige sterfte door wondinfecties*. (R. van der Brink, Redacteur) Opgeroepen op december 30, 2016, van NOS: <http://nos.nl/artikel/417477-onnodige-sterfte-door-wondinfecties.html>
- Nusselder, A. (2012). Health literacy en laaggeletterdheid. *Tijdschrift voor praktijkondersteuning*, 7(3), 66-70.
- NVZ, NFU, Federatie Medisch Specialisten, & V&VN. (2013). *Voorkomen van wondinfecties na een operatie (POWI)*. Opgeroepen op november 30, 2016, van VMS Zorg: <http://www.vmszorg.nl/themas/powi>
- Palmen, J. (2015). Van God noch gebod... de therapieontrouwe patiënt. *Bijblijven*, 31(2), 141-150.
- Parker, R. M., Ratzan, S. C., & Lurie, N. (2003). Health literacy: a policy challenge for advancing high-quality health care. *Health affairs*, 22(4), 147-53.
- Plantinga, S., & Berg, v. d. (2014). *Ervaringen proefpersonen medisch-wetenschappelijk onderzoek*. Amsterdam: TNS Nipo.
- PREZIES. (2016). *Referentiecijfers 2012-2014: Postoperatieve Wondinfecties*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Bilthoven: RIVM.

Voorlichting, de formule voor therapietrouw?

- Ramos, N., Skeete, F., Haas, J. P., Hutzler, L., Slover, J., Phillips, M., & Bosco, J. (2011). Surgical Site Infection Prevention Initiative. *Bulletin of the NYU Hospital for Joint Diseases*, 69(4), 312-315.
- Reis, R., van der Geest, S., & Gerrits, T. (2007). Over kwalitatieve analyse bij onderzoek onder 'anderen'. In M. Foets, J. Schuster, & K. Stronks, *Gezondheids(zorg)onderzoek onder allochtone bevolkingsgroepen* (pp. 108-121). Amsterdam: Askant.
- Sansoni, J., Hawthorne, G., Marosszeky, N., Moore, K., Flemming, G., & Owen, E. (2011). *Technical Manual and Instructions for the Revised Incontinence and Patient Satisfaction Tools*. Centre for Health Service Development, University of Wollongong . Wollongong: Centre for Health Service Development, University of Wollongong .
- Saunders, M., & Lewis, P. (2006). *Methoden En Technieken Van Onderzoek*. Amsterdam: Pearson Education.
- Schneeberger, P. M. (2012). Stafylokokken en streptokokken. In *Interpretatie van medisch laboratoriumonderzoek* (pp. 279-283). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Schuiling, G., Andriessen, D., van Rosmalen, B., Jacobs, G., Kwekkeboom, R., Collette, J., & Breukel, A. (2012). *Reviewen van praktijkgericht onderzoek: Een methode voor peer review in het hbo*. Alkmaar: Forum voor Praktijkgericht Onderzoek.
- Schweizer, M. (2015). Association of a bundled intervention with surgical site infections among patients undergoing cardiac, hip, or knee surgery. *JAMA*, 313(23), 2162-2171.
- Smet, P. D., van Horssen, N., & van Soest, B. (2015). *Therapietrouw: u maakt het verschil*. Den Haag: KNMP.
- Smits, J., & Edens, R. (2015). *Onderzoek met SPSS en Excel*. Amsterdam: Pearson Benelux B.V.
- Sporer, S. M., Rogers, T., & Abella, L. (2016, September). Methicillin-Resistant and Methicillin-Sensitive Staphylococcus aureus Screening and Decolonization to Reduce Surgical Site Infection in Elective Total Joint Arthroplasty. *The Journal of Arthroplasty*, 31(9), 144-147.
- Staveren, R. v. (2013). Medicietrouw bevorderen met patiëntgerichte communicatie. *Huisarts & Wetenschap*, 472-475.
- Stokamer, C. L., Tenner, C. T., Chaudhuri, J., Vazquez, E., & Bini, E. J. (2005). Randomized Controlled Trial of the Impact of Intensive Patient Education on Compliance with Fecal Occult Blood Testing. *Journal of General Internal Medicine*, 20(3), 278-282.
- Taminiau, A. H., & Somville, J. (2016). Orthopedische chirurgie. In *Codex Medicus* (pp. 887-909). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- TPO. (2009). *Het bevorderen van therapietrouw*. Opgehaald van Tijdschrift voor Praktijkondersteuning: <http://www.tijdschriftpraktijkondersteuning.nl/archief/volledig/id362-het-bevorderen-van-therapietrouw.html#tip1ndashrealiseerjedenpatieumIntgoederedenenkanhebbenomzijnmedicijne nniectcorrectintenenemenenprobeerdapointespelen>
- V&V. (2012). *Beroepsprofiel verpleegkundige*. Utrecht: V&V 2020.
- V&VN. (2009). *Therapietrouw*. Opgehaald van V&VN: <http://hiv.venvn.nl/Themas/Richtlijnen/Therapiegetrouw>
- V&VN, CGMV, Welzijn, C. Z., Welzijn, F. Z., Nederland, H., '91, N., & Welzijn, R. S. (2015). *Beroepscode van verpleegkundigen en verzorgenden*. Hilversum: Van der Weij Drukkerijen.
- V&VN. (2016). *Helpt verpleegkundigen maakt weleens fout door hoge werkdruk*. Opgehaald van V&VN: <http://www.venvn.nl/Berichten/ID/1656468/Helpt-verpleegkundigen-maakt-weleens-fout-door-hoge-werkdruk>
- van de Wiel, P. D., Wouda, D. J., & Versteegen, D. G. (2009). Voorlichting en begeleiding. Assen: Koninklijke van Gorcum BV.
- van Den Brink-Muinen, A., & van Dulmen, A. M. (2004). *Factoren gerelateerd aan farmacotherapietrouw van chronisch zieken*. Nivel. Utrecht: Nivel.
- van der Plicht, J., & Blankers, M. (2013). Survey-onderzoek . In *de meting van attitudes en gedrag* . Amsterdam: Boom Lemma Uitgevers.
- van Groningen, B., & de Boer, C. (2014). Beschrijvende statistiek. In *Het berekenen en interpreteren van tabellen en statistieken*. Amsterdam: Boom Onderwijs.
- van Staveren, R. (2013). Medicietrouw bevorderen met patiëntgerichte communicatie. *Huisarts & Wetenschap*, 56(9), 472-475.
- Veehof, L. J., Haaijer-Ruskamp, F. M., & Meyboom-De Jong, B. (2001, september). Polyfarmacie bij ouderen. Een probleem? *Huisarts & Wetenschap*, 10, 446-449.
- Verhaar, J. A. (2008). Behandelingstechnieken in de orthopedie. In *Orthopedie* (pp. 53-64). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Verhoeven, N. (2010). *Wat is onderzoek?* Amsterdam: Boom Lemma Uitgevers.

Bijlage 1: Zoekplan literatuur

Hoofdvraag:

Hoeveel procent van de patiënten die tussen september en december 2016 binnen het Isala te Zwolle een totale heup- of knieprothesiologie hebben ondergaan, is therapietrouw aan een profylactische behandeling en welke invloed heeft patiëntenvoorlichting hierop?

Deelvragen literatuuronderzoek:

1. Hoe worden de belangrijkste begrippen binnen dit onderzoek gedefinieerd en/of omschreven?
2. Hoe wordt therapietrouw gedefinieerd en wat zijn de beïnvloedende factoren hierin?
3. Wat is patiëntenvoorlichting en wat zijn de belangrijkste vormen en modellen die hierbinnen gebruikt kunnen worden?
4. Welke factoren binnen patiëntenvoorlichting hebben een positieve invloed op de therapietrouw van de patiënt;
5. Welke factoren binnen patiëntenvoorlichting hebben een negatief invloed op de therapietrouw van de patiënt;
6. Welke voorgaande onderzoeken zijn er uitgevoerd rondom de therapietrouw bij een profylactische behandeling bij de orthopedische patiënt;
7. Welke voorgaande onderzoeken zijn er uitgevoerd rondom de invloed van patiëntenvoorlichting op de therapietrouw van de patiënt;

Globale afbakening van het onderwerp

De literatuur die binnen dit onderzoek gebruikt zal gaan worden, zal literatuur van recente aard zijn. Dit houdt in dat er enkel gebruik gemaakt zal worden van literatuur uitgegeven tussen 2005 en 2016. Wel zal er een uitzondering worden gemaakt voor literatuur die buiten deze periode valt, maar van grote waarde is voor de onderbouwing van dit onderzoek. De gebruikte literatuur binnen dit onderzoek zal zowel Nederlands- als Engelstalig zijn, maar zal altijd in de Nederlandse taal worden geparafraseerd binnen het onderzoeksrapport. Binnen de inclusiecriteria van de literatuur maakt het tevens geen verschil of er gebruik wordt gemaakt van literatuur uitgebracht binnen Europa, als literatuur die is uitgebracht buiten Europa.

Naar literatuur zal voornamelijk worden gezocht binnen de volgende databanken: PubMed, Google Scholar, Science Direct, Springer Link. Tevens zal literatuur die vanuit een van deze vier databanken wordt doorverwezen naar een andere databank worden gebruikt binnen dit onderzoek. Mits dit een gevalideerde en/of algemeen bekende databank betreft. Daarnaast zal er ook gebruik worden gemaakt van naslag op boeken op het moment dat deze van toegevoegde waarde zijn aan het uit te voeren onderzoek. Wanneer er binnen een literatuurstuk wordt verwezen naar een of meerdere boeken, na afweging met betrekking tot relevantie, al dan wel of niet worden meegenomen binnen de literatuur van dit onderzoek.

Oriëntatie op het onderwerp

Deelvraag	Zoektermen	Zoekstring
Hoe worden de belangrijkste begrippen binnen dit onderzoek gedefinieerd en/of omschreven?	• <i>Staphylococcus aureus; s. aureus; bacterie; bacteria</i> • <i>Mupirocine; mupirocin;</i> • <i>Chloorhexidine; chlorhexidine;</i> • <i>Artroplastiek; prothesiologie; arthroplasty;</i> • <i>Profylactisch; profylactische behandeling; prophylaxis;</i> • <i>Co morbiditeit; comorbidity;</i>	(Staphylococcus aureus OR s. aureus) AND bacter* (Staphylococcus aureus OR s. aureus) AND orthopedie Co morbiditeit AND definitie artroplastiek OR prothesiologie “profylactische behandeling” (staphylococcus aureus OR s. aureus) AND orthopedics
Welke voorgaande onderzoeken zijn er uitgevoerd rondom de therapietrouw bij een profylactische behandeling met Mupirocine en Chloorhexidine bij de orthopedische patiënt?	• <i>Profylactisch; profylactische behandeling;</i> • <i>Therapietrouw; therapieontrouw; compliance; patient compliance;</i> • <i>Orthopedie; orthopedic;</i> • <i>Mupirocine; mupirocin</i> • <i>Chloorhexidine; chlorhexidine;</i>	Prophylaxis AND patient compliance AND orthopedic AND (mupirocin OR chlorhexidine) Prophylaxis AND patient compliance AND (mupirocin OR chlorhexidine) adherence AND (mupirocin OR chlorhexidine) Compliance AND Chlorhexidine
Welke voorgaande onderzoeken zijn er uitgevoerd rondom de invloed van patiëntenvoorlichting op de therapietrouw van de patiënt;	• <i>Patiëntenvoorlichting; voorlichting; patient education; education</i> • <i>Therapietrouw; therapieontrouw; compliance; patient compliance;</i>	"Patient education" AND compliance AND (influence OR affect))
Wat is patiëntenvoorlichting? Wat zijn de belangrijkste vormen en modellen die hierbinnen gebruikt kunnen worden?	• Definitie patiëntenvoorlichting • Forms/ Models • Patient education • Patiëntenvoorlichting methode • Voorlichting methode	(("Aged"[Mesh]) AND "Health Behavior"[Mesh]) AND "Patient Compliance"[Mesh] ("Models, Educational"[Mesh]) AND "Patient Education as Topic"[Mesh] ("Motivation"[Mesh]) AND "Patient Compliance"[Mesh]
Welke factoren binnen patiëntenvoorlichting hebben een positieve invloed op de therapietrouw van de patiënt	• Motivation • Patient compliance • Health behavior • Aged • Factoren therapietrouw • Positieve factoren therapietrouw	(("Aged"[Mesh]) AND "Health Behavior"[Mesh]) AND "Patient Compliance"[Mesh] Therapietrouw AND therapietrouw

Voorlichting, de formule voor therapietrouw?

Hoe wordt therapietrouw gedefinieerd en wat zijn de beïnvloedende factoren hierin?	• <i>Therapietrouw; therapieontrouw; medicatietrouw; compliance; patient compliance;</i> • <i>invloed*; influenc*</i> • <i>Verpleegkunde; nurs*</i>	Therapietrouw AND therapieontrouw
		(Therapietrouw OR therapieontrouw) AND factoren
		(therapietrouw OR therapieontrouw) AND invloed*
		Medicatiecompliance bevorderen
		Patient compliance AND influenc*
		Patient compliance AND nurs* (therapietrouw OR therapieontrouw) AND voorlichting
Welke factoren binnen patiëntenvoorlichting hebben een negatief invloed op de therapietrouw van de patiënt?	• Patiëntenvoorlichting; voorlichting; patient education; education; • <i>Therapietrouw; therapieontrouw; compliance; patient compliance;</i> • <i>Verpleegkunde; nurs*</i>	(therapietrouw OR therapieontrouw) AND patiëntenvoorlichting
		(therapietrouw OR therapieontrouw) AND patiëntenvoorlichting AND invloed*
		Voorlichting AND therapietrouw
		Effect patiëntenvoorlichting therapietrouw
		Education AND patient compliance
		Patient education AND patient compliance

Geselecteerde literatuur

	Zoekstring	Database	Resultaten/buikbaar?	Gebruikte Literatuur
07-11-2016	(Staphylococcus aureus OR s. aureus) AND bacter*	Google Scholar	546 resultaten, waarvan 2 bruikbaar	Schneeberger, P. M. (2012). Stafylokokken en streptokokken. <i>Interpretatie van medisch laboratoriumonderzoek</i> (pp. 279-283). Bohn Stafleu van Loghum.
07-11-2016	(Staphylococcus aureus OR s. aureus) AND bacter*	Springer Link	507 resultaten, 4 bruikbaar	Kullberg, B. J., van der Meer, J. W. M., & Warris, A. (2016). Infectieziekten. In <i>Codex Medicus</i> (pp. 379-428). Bohn Stafleu van Loghum.
07-11-2016	(Staphylococcus aureus OR s. aureus) AND orthopedie	Springer Link	106 resultaten, 1 bruikbaar	de Kam, D. C. J., de Waal Malefijt, M. C., & Schreurs, B. W. (2010). 11 Langetermijncomplicaties na totale knie-of heupprothese. In <i>Het Reumatologie & Orthopedie Formularium</i> (pp. 148-157). Bohn Stafleu van Loghum.
07-11-2016	(staphylococcus aureus OR s. aureus) AND orthopedics	PCM	787 resultaten, 2 bruikbaar	Chen, A. F., Wessel, C. B., & Rao, N. (2013). Staphylococcus aureus screening and decolonization in orthopaedic surgery and reduction of surgical site infections. <i>Clinical Orthopaedics and Related Research</i> ®, 471(7), 2383-2399.

Voorlichting, de formule voor therapietrouw?

07-11-2016	(("Aged"[Mesh]) AND "Health Behavior"[Mesh]) AND "Patient Compliance"[Mesh]	Pubmed	16954	Jin, J., Sklar, G. E., Oh, V. M. S., & Li, S. C. (2008). Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. <i>Therapeutics and clinical risk management</i> , 4(1), 269. Jimmy, B., & Jose, J. (2011). Patient medication adherence: measures in daily practice. <i>Oman Med J</i> , 26(3), 155-159.
07-11-2016		Google	1	V&VN. (2015). <i>Therapietrouw</i> . Opgehaald van V&VN: http://hiv.venvn.nl/Themas/Richtlijnen/Therapiegetrouw
09-11-2016	artroplastiek OR prothesiologie	Springer Link	51 resultaten, 2 bruikbaar	Verhaar, J. A. N. (2008). Behandelingstechnieken in de orthopedie. <i>Orthopedie</i> , 53-64. Taminiau, A. H. M., & Somville, J. (2016). Orthopedische chirurgie. In <i>Codex Medicus</i> (pp. 887-909). Bohn Stafleu van Loghum.
09-11-2016	"profylactische behandeling"	Springer Link	144 resultaten, 1 bruikbaar	Elling, H. (2009). Toepassingen van geneesmiddelen. <i>Inleiding in de farmacotherapie</i> , 35-47.
09-11-2016	Co morbiditeit AND definitie	Springer Link	604 resultaten, 2 bruikbaar	Janssen, D. J. A., & Franssen, F. M. E. (2012). 26 Chronisch obstructief longlijden en comorbiditeit. In <i>Ouderengeneeskunde</i> (pp. 411-420). Bohn Stafleu van Loghum. Gobbens, R. J. J., Luijkx, K. G., Wijnen-Sponselee, M. T., & Schols, J. M. G. A. (2007). Fragiele ouderen: De identificatie van een risicovolle populatie. <i>Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie</i> , 2007, 38(2), 59-68.
13-11-2016	Prophylaxis AND patient compliance AND orthopedic AND (mupirocin OR chlorhexidine)	PMC	170 resultaten, waarvan 2 bruikbaar	Mehta, S., Hadley, S., Hutzler, L., Slover, J., Phillips, M., & Bosco III, J. A. (2013). Impact of preoperative MRSA screening and decolonization on hospital-acquired MRSA burden. <i>Clinical Orthopaedics and Related Research</i> ®, 471(7), 2367-2371.
13-11-2016	Prophylaxis AND patient compliance AND (mupirocin OR chlorhexidine)	PMC	872 resultaten, waarvan 1 bruikbaar	Fritz, S. A., Camins, B. C., Eisenstein, K. A., Fritz, J. M., Epplin, E. K., Burnham, C. A., ... & Storch, G. A. (2011). Effectiveness of measures to eradicate <i>Staphylococcus aureus</i> carriage in patients with community-associated skin and soft-tissue infections: a randomized trial. <i>Infection Control & Hospital Epidemiology</i> , 32(09), 872-880.

Voorlichting, de formule voor therapietrouw?

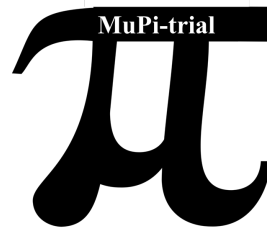
13-11-2016	"Patient education" AND compliance AND (influence OR affect)	PubMed	724 resultaten, waarvan 3 bruikbaar	Stokamer, C. L., Tenner, C. T., Chaudhuri, J., Vazquez, E., & Bini, E. J. (2005). Randomized controlled trial of the impact of intensive patient education on compliance with fecal occult blood testing. <i>Journal of general internal medicine</i>, 20(3), 278-282. Kim, K., Chin, G., Moore, T., & Schwarzkopf, R. (2015). Does a Preoperative Educational Class Increase Patient Compliance. <i>Geriatric orthopaedic surgery & rehabilitation</i>, 6(3), 153-156.
13-11-2016	Compliance AND Chlorhexidine	PMC	197 resultaten, waarvan 3 bruikbaar	Ramos, N., Skeete, F., Haas, J. P., Hutzler, L., Slover, J., Phillips, M., & Bosco, J. (2011). Surgical site infection prevention initiative patient attitude and compliance. <i>Bulletin of the NYU hospital for joint diseases</i>, 69(4), 312-312. Kapadia, B. H., Cherian, J. J., Issa, K., Jagannathan, S., Daley, J. A., & Mont, M. A. (2015). Patient Compliance with Preoperative Disinfection Protocols for Lower Extremity Total Joint Arthroplasty. <i>Surgical technology international</i>, 26, 351-354.
13-11-2016	adherence AND (mupirocin OR chlorhexidine)	PubMed	189 resultaten, waarvan 2 bruikbaar	Schweizer, M. L., Chiang, H. Y., Septimus, E., Moody, J., Braun, B., Hafner, J., ... & Richards, C. L. (2015). Association of a bundled intervention with surgical site infections among patients undergoing cardiac, hip, or knee surgery. <i>Jama</i>, 313(21), 2162-2171.
13-11-2016	Therapietrouw AND therapieontrouw	Google Scholar	83 resultaten, waarvan 1 bruikbaar	Colland, V. (2008). Zelfmanagement en therapietrouw: me ´nage a ` deux van dokter en patiënt. <i>Tijdschrift voor Kindergeneeskunde</i>, 205-213
13-11-2016	Therapietrouw EN therapietrouw	Google Books	4250 resultaten, waarvan 1 bruikbaar	Kaptein, A., Prins, J., Collette, E., & Hulsman, R. (2010). <i>Medische psychologie</i>. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
13-11-2016	Therapietrouw AND therapieontrouw	Springer Link	147 resultaten, waarvan 1 bruikbaar	Dulmen, S. v., & Dijk, L. v. (2010). In gesprek over medicijngebruik en therapietrouw. <i>Tijdschrift voor praktijkondersteuning</i>, 70-75.
13-11-2016	(Therapietrouw OR therapieontrouw) AND factoren	Google Scholar	435 resultaten, waarvan 2 bruikbaar	Palmen, J. (2015). Van God noch gebod... de therapieontrouwe patiënt. <i>Bijblijven</i>, 31(2), 141-150.

Voorlichting, de formule voor therapietrouw?

13-11-2016	((("Aged"[Mesh]) AND "Health Behavior"[Mesh]) AND "Patient Compliance"[Mesh])	Pubmed	16954 resultaten, waarvan 2 bruikbaar	Jin, J., Sklar, G. E., Oh, V. M. S., & Li, S. C. (2008). Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. <i>Therapeutics and clinical risk management</i> , 4(1), 269.
13-11-2016		Google	1 bruikbaar	V&VN. (2015). Therapietrouw. Opgehaald van V&VN: http://hiv.venvn.nl/Themas/Richtlijnen/Therapiegetrouw
15-11-2016	((("Aged"[Mesh]) AND "Health Behavior"[Mesh]) AND "Patient Compliance"[Mesh])	Pubmed	16954 - 1000	Jin, J., Sklar, G. E., Min sen oh, V., & Li, S. C. (2008). Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. <i>Ther Clin Risk manag.</i> , 269-286
15-11-2016	((("Aged"[Mesh]) AND "Health Behavior"[Mesh]) AND "Patient Compliance"[Mesh])	Google Scholar	2	Kerstens, J. (2009). Inleiding in de verpleegkunde en aspecten van de verpleegkundige beroepsuitoefening. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. Kerstens, J., Sesink, E., & Gründemann, T. (1998). Aspecten van verpleegkundige beroepsuitoefening. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
15-11-2016	Medicatie-trouw bevorderen	Google Scholar	24 resultaten, 1 bruikbaar	van Staveren, R. (2013). Medicatie-trouw bevorderen met patiëntgerichte communicatie. <i>Huisarts En Wetenschap</i> , 56(9), 472-475.
15-11-2016	Voorlichting AND therapietrouw	Google Scholar	203 resultaten, 1 bruikbaar	van der Laan, J. (2007). therapietrouw. <i>Tijdschrift Voor Praktijkondersteuning</i> , 2(5), 171-173.
15-11-2016	Effect patiëntenvoorlichting therapietrouw	Springer link	48 resultaten, 1 bruikbaar	Burgt, M. v., & Verhulst, F. (2009). Doen en blijven doen: voorlichting en compliancebevordering door paramedici. Bohn Stafleu van Loghum

Bijlage 2: Protocol MuPi Trial

PROTOCOL



Mupirocine Prophylaxis Infection trial

De invloed van infectiepreventie door perioperatieve mupirocine neuszalf en chloorhexidine zeep versus placebo zalf en zeep voor primaire heup- en knie artroplastieken op postoperatieve wondinfecties

Een dubbelblind gerandomiseerd placebo-gecontroleerd multicenter onderzoek

Onderzoeksgroep:

Dr. C.C.P.M. Verheyen (onderzoeksleider), orthopedisch chirurg, Isala, Zwolle.

Drs. R. Rolink (hoofdonderzoeker), AIOS orthopedie, Isala Zwolle.

Dr. M.J.H.M. Wolfhagen, arts-microbioloog, Isala, Zwolle.

Dr. B.J. Kollen, epidemioloog, Rijksuniversiteit Groningen, Universitair Medisch Centrum Groningen.

Introductie en achtergrond

Een infectie na primaire heup of knie prothesiologie is een ernstige complicatie. Er zijn twee typen infecties; oppervlakkig en diep.

In de definities volgens PREZIES wordt gesproken over;

Oppervlakkige infecties:

- betreffende huid of subcutaan weefsel ontstaan binnen 30 dagen na de operatie
- er is sprake van pus uit de incisie **of** pijn /lokale zwelling/ roodheid/ warmte + positieve wondkweek **of** pijn of gevoeligheid/ lokale zwelling/ roodheid warmte en chirurgisch geopende wondkweek is positief of niet gekweekt

Diepe infecties:

- infectie betreffende diepgelegen weefsel (fascie of Spier) ontstaan binnen 1 jaar na de operatie
- er is sprake van pus uit de diepe incisie **of** abces of ander teken van infectie bij observatie/heroperatie **of** tenminste één van de volgende klinische verschijnselen (pijn, zwelling, roodheid, warmte, koorts >38 en spontane wonddehiscentie of chirurgisch geopende wond)

Binnen Isala is het gemiddelde infectiepercentage (diep + oppervlakkig) over de periode 2004-2012 van de totale heup (THP) 3,32%, totale knie (TKP) 1,98%. Wanneer we ons toespitsen op de diepe infecties raakt 3,25% van de primaire totale heupen en 1,87% van de primaire totale knieën geïnfecteerd.

Landelijk ligt het percentage in de afgelopen 10 jaar beduidend lager, in 1,97% van de gevallen wordt een heup prothese als geïnfecteerd geregistreerd. Waar in 1,07% sprake is van een diepe infectie.

Van de totale knie prothese wordt in 1,4% (oppervlakkig + diep) van de gevallen de diagnose infectie geregistreerd, waarvan 0,83% als diep is geregistreerd.

Voor dit onderzoek richten we ons alleen op de diepe infecties, omdat deze patiëntgroep langdurig klinisch behandeld dient te worden met intraveneus antibiotica en dat bij persisterende infectie ondanks re-operatie en antibiotica behandeling de prothese zal moeten worden verwijderd. Deze prothese infectiebehandeling gaat gepaard met hoge morbiditeit en kosten. Het gemiddelde infectiepercentage stellen we op 1.00%. Voor de revisieoperaties ligt het infectiepercentage een factor 4 hoger. Deze revisiegroep is zo heterogeen met betrekking tot de variabiliteit in ingrepen dat deze niet binnen de rationale van dit onderzoek zal vallen.

Van deze prothese-infecties is in iets meer dan 50% van de gevallen de *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) de verwekker, dit percentage wordt ook gevonden in de Britse en Amerikaanse ziekenhuizen (1;2).

Meer dan 80% (5-7) van de postoperatieve *S. aureus* infecties zijn afkomstig van de patiënt zelf. Kalmeijer concludeerde dat kolonisatie met *S. aureus* een verhoogd infectie risico geeft bij de orthopedische patiëntenpopulatie (8). Het lijkt dus van belang de patiënt pre-operatief *S. aureus* vrij te hebben. Mupirocine bevattende zalf intranasaal eradiceert *S. aureus* dragerschap, tevens is effectief gebleken ter preventie van wondinfecties in een case control studie (9). Echter in een tweetal RCT's is geen daling van het aantal infecties aangetoond binnen een orthopedische en algemene chirurgische patiëntenpopulatie (10;11). Na een subanalyse van de data bleek dat bij patiënten die *S. aureus* bij zich droegen, mupirocine neuszalf wel effectief (10;11). Slover concludeerde dat screening en perioperatieve eradication van *S. aureus* binnen de orthopedische patiëntenpopulatie kosteneffectief is (12). Recent is er in de BMJ een meta-analyse van 17 artikelen verschenen (13), hieruit kwam naar voren dat perioperatieve eradication een reductie geeft van wondinfecties bij patiënten na orthopedische en cardiothoracale chirurgie. Ze concluderen daarnaast dat het perioperatieve behandeling met mupirocine neuszalf (Bactroban®) en chloorhexidine houdende zeep (Hibiscrub®) ook een duidelijke reductie geeft in *S. aureus* gerelateerde wond infecties. In de discussie wordt echter aangegeven dat het gaat om samengestelde groepen patiënten en dat daarom de resultaten met voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd.

Ongeveer één derde van de Nederlandse bevolking is gekoloniseerd met *S. aureus*. Daarbij is een gedeelte wisselend gekoloniseerd (30-60%) (9;14-17), deze patiënten kunnen dus worden gemist bij preoperatieve screening op *S. aureus*. Een preoperatieve real-time polymerase-chain-reaction (PCR) op *S. aureus* is logistiek kwetsbaar en duur.

Binnen de cardiothoracale chirurgie van Isala is al meer dan 10 jaar ervaring met het profylactisch gebruik van Bactroban® neuszalf zonder dat daarbij resistentieontwikkeling wordt gezien. Daarnaast is het natuurlijk zo dat resistentieontwikkeling bij gebruik van Bactroban® neuszalf bij patiënten die geen drager zijn ook niet aan de orde is, omdat deze patiënten geen *S. aureus* bij zich dragen, en deze de facto ook niet resistent kunnen worden.

Na 5 dagen Bactroban® gebruik is zo'n 91% neusdragerschap onderdrukt en wordt er geen resistentie gezien (14). *S. aureus* kan ook op andere locaties koloniseren zoals perineum en oksels (18). Om *S. aureus* op deze locaties te eradiceren wordt gebruik gemaakt van chloorhexidine houdende zeep (19). Eenzelfde schema wordt gebruikt bij eradicaatie van methicilline resistente *S. aureus* dragerschap.

Binnen Isala worden jaarlijks 700 primaire THP en 400 TKP geplaatst. Als we hierbij 8 ziekenhuizen aan toevoegen is de verwachting dat we jaarlijks minimaal 6000 protheses kunnen includeren. Tevens zal de effectiviteit van het eradicaatie schema worden vastgesteld. Hiervoor zullen de patiënten die vanuit Isala en het Rijnstate Ziekenhuis geïncubeerd worden zelf voorafgaand aan de eradicaatie behandeling kweken uit de keelholte, beide neusgaten en perineum afnemen; deze kweken zullen worden herhaald op de operatiekamer. Achteraf zal het neusdragerschap en kolonisatie op de voorkeurslocaties bepaald worden. Met andere woorden hiermee kan worden vastgesteld, of deze profylactische behandeling effectief is.

Definitie infectie

The Center for Disease Control and Prevention (CDC) classificeert een chirurgische wond als geïnfecteerd wanneer er sprake is van purulente afscheiding, positieve kweken voor micro-organismen, wonddehiscentie en de aanwezigheid van teken van Celsius (rubor, calor, dolor en tumor).

Hiervoor zijn verschillende score systemen bedacht waarvan de ASEPSIS score mogelijk het beste voorbeeld is(20). Deze score maakt het mogelijk om te differentiëren tussen een minimale/ oppervlakkige infectie en een levensbedreigende vaak diepe infectie (21).

Studie opzet Trial design

Het betreft een dubbelblind gerandomiseerd placebo-gecontroleerd multicenter onderzoek waarbij 2 groepen gemaakt worden (tabel 1):

Groep A bevat 6000 patiënten die worden behandeld met mupirocine bevattende neuszalf en chloorhexidine shampoo.

Groep B bevat 6000 patiënten die worden behandeld met een placebo neuszalf en een placebo shampoo.

Tabel 1. Patiëntengroepen

Groep:	A	B
Chloorhexidine 40 mg/ml	+	-
Mupirocine 2%	+	-

Voorlichting, de formule voor therapietrouw?

- + starten 6 dagen preoperatief met mupirocine neuszalf 2dd 1 cm per neusgat tot 2 dagen post operatief.
starten 6 dagen preoperatief met chloorhexidine 4% zeepoplossing , tot 1 dag preoperatief dagelijks perineum en okselregio.
- starten 6 dagen preoperatief met een placebo neuszalf 2dd 1 cm per neusgat tot 2 dagen post operatief.
starten 6 dagen preoperatief met een placebo zeepoplossing tot 1 dag preoperatief, dagelijks perineum en okselregio

Alle wilsbekwame patiënten bij wie een electieve primaire heup- of knieprothese wordt geplaatst, vallen binnen het onderzoek. Wanneer op de polikliniek door de orthopeed de indicatie voor een heup of knieprothese wordt gesteld, zal de patiënt worden verteld dat de polikliniekmedewerk(st)er (bv. secretaresse, planner, PA, research VPK, bewegingswetenschapper of NP/VS) vraagt naar medewerking aan een onderzoek betreffende wondinfecties. De orthopeed geeft aan dat hij/zij volledig achter dit onderzoek staat. De polikliniekmedewerk(st)er geeft uitleg over het onderzoek, daarnaast overhandigt ze informatie materiaal en is behulpzaam bij het invullen en ondertekenen van het informed consent. Na het verkrijgen van informed consent vindt op de polikliniek de verstrekking van het studiemateriaal aan de patiënt plaats. Het placebo materiaal is qua uiterlijk niet te onderscheiden van het werkzame materiaal (zalf en shampoo). Tevens is het instructieformulier met daarbij het telefoonnummer en emailadres van de onderzoeker (RR) en/of research verpleegkundige voor vragen of eventueel afzien van de studie bijgesloten. *Alleen de patiënten die binnen Isala en het Rijnstate Ziekenhuis geïnccludeerd worden* krijgen tevens materiaal voor afname voor een keel-, neus- en perineumkweek met daarbij een afname instructie en retourenveloppe mee.

Vraagstelling

Zorgt de combinatie Mupirocine neuszalf en Chloorhexidine shampoo t.o.v. placebo voor een afname van postoperatieve diepe wondinfecties bij primaire THP en TKP? Het vaststellen van een diepe postoperatieve infectie wordt bewezen door peroperatieve kweken ten tijde van operatief debridement bij het vermoeden op een infectie in de postoperatieve periode tot 1 jaar, met in het bijzonder de *S. aureus* als verwekker

Patiëntenselectie

Inclusiecriteria:

- Alle wilsbekwame mannen en vrouwen boven de leeftijd van 18 jaar, die in aanmerking komen voor een primaire THP of TKP en het informed consent getekend hebben.
- Elke patiënt wordt slechts voor één operatie geïnccludeerd in deze studie.

Exclusiecriteria:

1. niet wilsbekwame patiënt
2. veronderstelde allergie voor chloorhexidine
3. veronderstelde allergie voor mupirocine

Metingen

Voor dit onderzoek zijn geen extra metingen noodzakelijk.

De postoperatieve gerelateerde complicatie infectie zal zoals protocollair is vastgelegd worden geregistreerd volgens de PREZIES-afspraken of een kwalitatief vergelijkbaar systeem (22) Per patiënt zullen demografische en operatie gerelateerde parameters verzameld worden uit de routine peroperatieve data: geslacht, leeftijd, BMI, ASA-classificatie (22), eerdere operaties aan het desbetreffende gewricht. Deze gegevens kunnen uit de LROI-registratie (landelijk orthopedisch implantatenregister met 99% dekking) gehaald worden.

Randomisatieprocedure

O.b.v. een computerprogramma wordt door een onafhankelijk persoon binnen de Isala academie de randomisatielijsten gemaakt. Vervolgens zal Tiofarma B.V. (producent van actief en placebo) de producten nummeren en verpakken in dozen van 42 pakketjes per doos (21 actief, 21 placebo) Waarna aan de hand van de te verwachten productie de dozen over de deelnemende centra worden gedistribueerd. Per centrum zullen de randomisatie lijsten en de pakketjes door de apotheker worden gecontroleerd om vervolgens in een temperatuur gereguleerde afgesloten ruimte op de polikliniek orthopedie te worden geplaatst. De polikliniekmedewerk(st)er zal, na informed consent en inclusie, uit de doos het voor de hand liggende pakketje met instructiemateriaal aan de patiënt uitreiken. Het pakketnummer zal vervolgens naast de naam van patiënt met geboortedatum en geslacht geplakt worden op het informed consent formulier. .

Blinding

In deze studie wordt geblindeerd op de volgende niveaus: patiënt, behandelaar, analyticus en onderzoeker (RR). Na afloop van de studie worden de data vrijgegeven voor inzage en statistische analyse. Pas na de analyse wordt de groepsallocatie bekend gemaakt.

Follow-up

De follow-up van deze studiepopulatie is 1 jaar.

Vereiste studiegrootte

De studie-inclusie zal naar verwachting 3 jaar in beslag nemen, zodoende hebben we dan het gewenste aantal van 12.000 patiënten geopereerd en geïnccludeerd. Na 1 jaar follow-up zullen de we de resultaten rapporteren. Er is een mogelijkheid dat er nog een rapportage na 5 jaar volgt, deze heeft geen enkele inspanning van de patiënt tot gevolg en is een follow-up van klinische data.

Informed consent

De patiënten zullen preoperatief op de polikliniek orthopedie mondeling en schriftelijk over de aard en het doel van de studie geïnformeerd worden. Waarna zij, indien akkoord, het informed consent tekenen.

Onafhankelijk arts

Als onafhankelijk arts is collega prof dr. P Brand; kinderarts Isala bereid gevonden, waarbij de patiënten met hun vragen, gerelateerd aan het onderzoek, terecht kunnen die niet met iemand van het onderzoeksteam besproken wensen te worden. De onafhankelijk arts zal niet bij het onderzoek betrokken worden en zal op kantooruren bereikbaar zijn voor de patiënten op telefoonnummer 038-4245050

Inlichting huisarts

De huisarts wordt niet geïnformeerd dat de patiënt meedoet aan het onderzoek.

Formulieren en databeheer

Door de polikliniekmedewerk(st)er die de patiënten includeert, zal het informed consent met daarop patiënt gegevens en pakketnummer worden opgeslagen. Onderzoeker (RR) zal deze data verzamelen en binnen ISALA opslaan en beheren.

Tiofarma kan telefonisch worden benaderd om de blinding in geval van bijwerkingen of complicaties te doorbreken.

Eindpunten

- Primair:
 - Verschil in diepe wondinfecties (bewezen door peroperatieve kweken ten tijde van een infectie) tussen beide groepen met *S. aureus* als verwekker.
- Secundair:
 - Verschil in diepe wondinfecties (bewezen door peroperatieve kweken ten tijde van een infectie) tussen beide groepen met een verwekker anders dan de *S. aureus*
 - Verschil in diepe wondinfecties (bewezen door peroperatieve kweken ten tijde van een infectie) tussen beide groepen voor alle verwekkers.

Out of study criteria

Deze studie bevat een aantal punten, waarop deelname aan de studie stopt, de rapportage uiteraard niet:

1. Ongewenste neveneffecten van mupirocine of chloorhexidine
2. Bijwerkingen van de profylactische medicatie
3. Lost to follow up (overlijden/verhuizen/geen interesse/stoppen met de studie elke reden)

Afwijkingen van het protocol

Bij eventueel afwijken van het protocol worden patiënten verder conform het protocol vervolgd volgens het *intention to treat* principe. Bij de eindanalyse wordt achteraf het eventuele effect geanalyseerd.

Beoordeling van de veiligheid

Naar aanleiding van de recent gepubliceerde artikelen die besproken zijn in de achtergrondinformatie, kan er redelijkerwijs van uitgegaan worden dat het risico op bijwerkingen/allergieën voor één van de middelen uitermate klein is.

Verzekering

Isala heeft een verzekeringspolis bij Van Lanschot Chabot B.V. De verzekeringsvoorwaarden voldoen aan de eisen gesteld in de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen en het bijbehorende besluit verlichte verzekering.

Plannen voor statistische analyse

Volgens het onderzoek van Bodde et al is er met Hibiscrub® en Bactroban® een reductie van 60% te behalen in postoperatieve diepe wondinfecties veroorzaakt door de *S. aureus* (23). Op basis van een alpha van 5% en een power van 80%, prevalentie landelijk van diepe ziekenhuisinfecties na THP en TKP van +/- 1,00% waarvan 52,5% veroorzaakt door de *S. aureus* en een te verwachten reductie in *S. aureus* infecties van 60%, zijn 5834 patiënten per groep nodig. Met een te verwachten uitval van 5-10% en gezien de marges op de gestelde percentages is besloten in totaal 12.000 patiënten te includeren (24).

Behoudens het toepassen van beschrijvende statistiek zal het verschil in proportie wondinfecties tussen beide groepen worden berekend op basis van een risicoverschil met bijbehorend betrouwbaarheidsinterval. Daarnaast zal er o.b.v. een logistisch regressie model onderzocht worden of het verschil in proportie uitkomsten afhankelijk is van het deelnemend ziekenhuis. Daartoe zal een model worden ontwikkeld waarin naast de uitkomst (ziekenhuis infecties) ook groepsallocatie en ziekenhuis als variabelen worden meegenomen, alsmede een interactieterm bestaande uit de laatste twee variabelen. Bij verschillen tussen ziekenhuizen zullen subgroupanalyses worden uitgevoerd per ziekenhuis om het risicoverschil op infecties tussen interventies inzichtelijk te maken. Eventuele multiële imputaties van ontbrekende waarden zal worden overwogen bij > 10% missings op basis van een “missing value” analyse en “missing at random” aanname. In dat geval worden de analyses

Voorlichting, de formule voor therapietrouw?

gerapporteerd van zowel de originele als de geïmputeerde dataset. Het significantieniveau voor alle toetsen bedraagt $p < 0,05$.

Centra/onderzoeker-coördinator

Isala & Diaconessenhuis	Zwolle - Meppel	CCPM Verheyen
St Jansdal ZH	Harderwijk	PT de Jong
Deventer ZH	Deventer	JPW van Jongbergen
Rijnstate	Arnhem	JLC v Susante
ZH Twente	Alm- Heng(elo)	FBM Wagenaar
Bethesda	Hoogeveen	PA Koot
MCL	Leeuwarden	PC Rijk
St. Elisabeth & Tweesteden	Tilburg	T Gosens
Tergooi	Hilversum	RAW Verhagen
Maxima & Catharina	Eindhoven	H Hendriks
Martini	Groningen	J v Raaij
MST	Enschede	E Zeegers

Subsidie

Achmea SAG-grant is toegekend (€197.050)

I&W fonds Isala (€50.000)

ZWIK (€5.000)

Referenties

- (1) Ridgeway S, Wilson J, Charlet A, Kafatos G, Pearson A, Coello R. Infection of the surgical site after arthroplasty of the hip. *J Bone Joint Surg Br* 2005 Jun;87(6):844-50.
- (2) Price CS, Williams A, Philips G, Dayton M, Smith W, Morgan S. Staphylococcus aureus nasal colonization in preoperative orthopaedic outpatients. *Clin Orthop Relat Res* 2008 Nov;466(11):2842-7.
- (3) Kurtz SM, Ong KL, Lau E, Bozic KJ, Berry D, Parvizi J. Prosthetic joint infection risk after TKA in the Medicare population. *Clin Orthop Relat Res* 2010 Jan;468(1):52-6.
- (4) Ong KL, Kurtz SM, Lau E, Bozic KJ, Berry DJ, Parvizi J. Prosthetic joint infection risk after total hip arthroplasty in the Medicare population. *J Arthroplasty* 2009 Sep;24(6 Suppl):105-9.
- (5) von EC, Becker K, Machka K, Stammer H, Peters G. Nasal carriage as a source of Staphylococcus aureus bacteremia. Study Group. *N Engl J Med* 2001 Jan 4;344(1):11-6.
- (6) WEINSTEIN HJ. The relation between the nasal-staphylococcal-carrier state and the incidence of postoperative complications. *N Engl J Med* 1959 Jun 25;260(26):1303-8.
- (7) Wertheim HF, Vos MC, Ott A, van BA, Voss A, Kluytmans JA, et al. Risk and outcome of nosocomial Staphylococcus aureus bacteraemia in nasal carriers versus non-carriers. *Lancet* 2004 Aug 21;364(9435):703-5.
- (8) Kalmeijer MD, van Nieuwland-Bollen E, Bogaers-Hofman D, de Baere GA. Nasal carriage of Staphylococcus aureus is a major risk factor for surgical-site infections in orthopedic surgery. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2000 May;21(5):319-23.
- (9) Kluytmans JA, Mouton JW, VandenBergh MF, Manders MJ, Maat AP, Wagenvoort JH, et al. Reduction of surgical-site infections in cardiothoracic surgery by elimination of nasal carriage of Staphylococcus aureus. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1996 Dec;17(12):780-5.
- (10) Kalmeijer MD, Coertjens H, van Nieuwland-Bollen PM, Bogaers-Hofman D, de Baere GA, Stuurman A, et al. Surgical site infections in orthopedic surgery: the effect of mupirocin nasal ointment in a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Clin Infect Dis* 2002 Aug 15;35(4):353-8.
- (11) Perl TM, Cullen JJ, Wenzel RP, Zimmerman MB, Pfaller MA, Sheppard D, et al. Intranasal mupirocin to prevent postoperative Staphylococcus aureus infections. *N Engl J Med* 2002 Jun 13;346(24):1871-7.
- (12) Slover J, Haas JP, Quirno M, Phillips MS, Bosco JA, III. Cost-Effectiveness of a Staphylococcus aureus Screening and Decolonization Program for High-Risk Orthopedic Patients. *J Arthroplasty* 2010 May 7.

- (13) Schweizer M, Perencevich E, McDanel J, Carson J, Formanek M, Hafner J, Braun B, Herwaldt L. Effectiveness of a bundled intervention of decolonization and prophylaxis to decrease Gram positive surgical site infections after cardiac or orthopedic surgery: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2013 Jun.
- (14) Kluytmans J, van BA, Verbrugh H. Nasal carriage of *Staphylococcus aureus*: epidemiology, underlying mechanisms, and associated risks. *Clin Microbiol Rev* 1997 Jul;10(3):505-20.
- (15) Eriksen NH, Espersen F, Rosdahl VT, Jensen K. Carriage of *Staphylococcus aureus* among 104 healthy persons during a 19-month period. *Epidemiol Infect* 1995 Aug;115(1):51-60.
- (16) Hu L, Umeda A, Kondo S, Amako K. Typing of *Staphylococcus aureus* colonising human nasal carriers by pulsed-field gel electrophoresis. *J Med Microbiol* 1995 Feb;42(2):127-32.
- (17) Nouwen JL, Ott A, Kluytmans-Vandenbergh MF, Boelens HA, Hofman A, van BA, et al. Predicting the *Staphylococcus aureus* nasal carrier state: derivation and validation of a "culture rule". *Clin Infect Dis* 2004 Sep 15;39(6):806-11.
- (18) Wertheim HF, Melles DC, Vos MC, van LW, van BA, Verbrugh HA, et al. The role of nasal carriage in *Staphylococcus aureus* infections. *Lancet Infect Dis* 2005 Dec;5(12):751-62.
- (19) Kaiser AB, Kernodle DS, Barg NL, Petrcek MR. Influence of preoperative showers on staphylococcal skin colonization: a comparative trial of antiseptic skin cleansers. *Ann Thorac Surg* 1988 Jan;45(1):35-8.
- (20) Wilson AP, Treasure T, Sturridge MF, Gruneberg RN. A scoring method (ASEPSIS) for postoperative wound infections for use in clinical trials of antibiotic prophylaxis. *Lancet* 1986 Feb 8;1(8476):311-3.
- (21) Leaper DJ. Risk Factors for and Epidemiology of Surgical Site Infections (*). *Surg Infect (Larchmt)* 2010 Jun 7.
- (22) Mannien J, van den HS, Muilwijk J, van den Broek PJ, van BB, Wille JC. Trends in the incidence of surgical site infection in the Netherlands. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2008 Dec;29(12):1132-8.
- (23) Bode LG, Kluytmans JA, Wertheim HF, Bogaers D, Vandenbroucke-Grauls CM, Roosendaal R, et al. Preventing surgical-site infections in nasal carriers of *Staphylococcus aureus*. *N Engl J Med* 2010 Jan 7;362(1):9-17.
- (24) Twisk J. Applied longitudinal data analysis for epidemiology: A practical guide. Cambridge University Press, 2003

Bijlage 3: Enquête – Therapietrouw Orthopedische patiënt

Studienummer:

Leeftijd:

Geslacht:

Wil patiënt participeren aan vragenlijst? Ja / Nee

Maakt u dagelijks/wekelijks gebruik van medicatie voor (een) chronische ziekte(n)?

Hypertensie Ja / Nee

Depressie Ja / Nee

COPD Ja / Nee

Neuszalf

MARS:

Hoeveel dagen heeft u de neuszalf gebruikt?	1 2 3 4 5 6
Heeft u 's ochtends én 's avonds de neuszalf gebruikt?	Ja / Nee
Bent u de zalf wel eens vergeten te smeren?	Ja / Nee
Heeft u de neuszalf wel eens bewust overgeslagen?	Ja / Nee

BMQ:

Uitleg geven over deze manier van scoren: er zijn enkele stellingen waar van 1 tot 5 gescoord kan worden. Hierbij staat de 1 voor sterke mee oneens, en de 5 staat voor sterk mee eens.

Ik maakte mijn zorgen over de neuszalf die ik moest gebruiken	1 2 3 4 5
Ik maakte mij zorgen over de bijwerkingen van de neuszalf	1 2 3 4 5
Ik denk dat de neuszalf effectief werkt tegen complicaties van de heup/knieoperatie	1 2 3 4 5
Het lukte mij goed om de zalf aan te brengen zoals voorgeschreven	1 2 3 4 5
Ik snap de werking van de neuszalf	1 2 3 4 5
Vertel... Komen er in het antwoord woorden als infectie, ontsteking of bacteriën voor?	1 2 3 4 5

Zeep/shampoo

MARS:

Hoeveel dagen heeft u zich met de zeep gewassen?	1 2 3 4 5 6 7
Heeft u uw hoofd gewassen met de zeep?	Ja / Nee
Heeft u uw oksels gewassen met de zeep?	Ja / Nee
Heeft u de schaamstreek / bilnaad gewassen met de zeep?	Ja / Nee
Bent u wel eens vergeten te wassen met de zeep?	Ja / Nee
Heeft u het wassen met de zeep wel eens bewust overgeslagen?	Ja / Nee

BMQ: Uitleg geven over deze manier van scoren: er zijn enkele stellingen waar van 1 tot 5 gescoord kan worden. Hierbij staat de 1 voor sterke mee oneens, en de 5 staat voor sterk mee eens.

Ik maakte mij zorgen over de zeep/shampoo die ik moest gebruiken	1 2 3 4 5
Ik maakte mij zorgen over de bijwerkingen van de zeep/shampoo	1 2 3 4 5
Ik denk dat de zeep/shampoo effectief werkt tegen complicaties van de heup/knie	1 2 3 4 5
Het lukte mij goed om de zeep/shampoo te gebruiken zoals voorgeschreven	1 2 3 4 5
Ik snap de werking van de zeep/shampoo	1 2 3 4 5

Voorlichting, de formule voor therapietrouw?

Kweekjes

Heeft u de voorgeschreven kweekjes afgenomen?		Ja / Nee
Zo ja: waar?	Neus:	Ja / Nee
	Keel:	Ja / Nee
	Rectum/anus:	Ja / Nee
Hoeveel dagen voor de operatie heeft u de kweekjes afgenomen? – 7 dagen:		Ja / Nee

Voorlichting

USE:

Scoring van 1 tot 5, waarbij 1 zeer mee eens en 5 zeer mee oneens inhoudt;

De informatiebrieven bij deelname aan het onderzoek en van de kweekjes....	
... bevatten voor mij begrijpelijke informatie.	1 2 3 4 5
... hebben mij geholpen om op een juiste manier gebruik te maken van de zalf, zeep en kweekjes.	1 2 3 4 5
... heeft mij laten zien hoe ik een actieve bijdrage kan leveren aan het onderzoek.	1 2 3 4 5

SAPS:

Scoring van 1 tot 5, waarbij 1 zeer mee eens en 5 zeer mee oneens inhoudt;

Heeft u een goed gevoel bij de keuze die u gemaakt heeft om aan dit onderzoek deel te nemen?	1 2 3 4 5
Hoe tevreden bent u met de gegeven voorlichtingsmiddag?	1 2 3 4 5
Hoe tevreden bent u met de gegeven informatie rondom het gebruik van de zeep, zalf en kweekjes?	1 2 3 4 5

Verbeteringen

Vindt u dat er verbeteringen moeten plaatsvinden binnen de voorlichting (inclusief brieven en middag) die U hebt gekregen?	Open vraag
Als u de voorlichting over het gebruik van de neuszalf, de zeep en de kweekjes een cijfer mocht geven, waarbij 1 heel slecht is en 10 uitmuntend, welk cijfer zou dat dan zijn?	Open vraag

Opmerkingen of vragen? Ja / Nee

Zo ja, welke vragen of opmerkingen?

Bijlage 4: Belschema – Telefonische Enquêteren

Belscript – Telefonische Enquête: Therapietrouw bij de orthopedische patiënt

Voorafgaand aan het bellen:

- Start 'de Research Manager' en open een nieuwe vragenlijst;
- Start de CATI-software op, om het belscript mee door te kunnen nemen;

Stap 1:

"Goedemorgen/middag/avond, u spreekt met (jouw naam) van de Isala Academie verbonden aan het Isala Ziekenhuis te Zwolle. Spreek ik met (naam van de patiënt in kwestie)?"

- Zo ja, ga door naar stap 2;
- Zo nee, probeer de desbetreffende persoon aan de lijn te krijgen;

Stap 2:

"Bel ik U op dit moment gelegen?"

- Zo ja, ga door naar stap 3;
- Zo nee, probeer een nieuwe bel-afspraken te maken en noteer deze in het terugbelschema;

Stap 3:

"Klopt het dat u recentelijk een knie- of heupoperatie hebt ondergaan in het Isala te Zwolle en heeft u daarbij getekend voor deelname aan een onderzoek?"

- Zo ja, ga door naar stap 4;
- Zo nee, stel de vraag: "Hebt u deze langer geleden ondergaan of helemaal niet?"
 - Zo ja, ga door naar stap 4;
 - Zo nee, rond het gesprek af;

Stap 4:

"Mag ik u een aantal vragen stellen wat betreft de weken vooraf aan de operatie en de voorlichting die u daarbij hebt bezocht? U zou het onderzoek en ons hiermee van grote dienst zijn!"

- Zo ja, ga door naar stap 5;
- Zo nee, probeer een nieuwe bel-afspraken te maken en noteer deze in het terugbelschema;

Stap 5:

"Voordat ik met u de vragenlijst door ga nemen, wil ik graag benoemen dat de gegeven antwoorden anoniem worden verwerkt en niet aan uw gegevens gekoppeld kunnen worden. Ook hebben de antwoorden die u geeft geen invloed op de verdere behandeling. Het doornemen van de vragenlijst zal ongeveer 20 tot 25 minuten in beslag nemen. Om ervoor te zorgen dat de enquête niet te lang duurt, is het van belang dat u geen aanvullende informatie op de gesloten vragen geeft."

"Dan zal ik nu met u de vragenlijst door gaan nemen."

!! VANAF DIT MOMENT VERLOOPT HET TELEFOONGESPREK VIA DE RESEARCH MANAGER !!

Bij afronding van de vragenlijst via 'de Research Manager' → ga verder naar stap 6.

Voorlichting, de formule voor therapietrouw?

Stap 6:

“Ontzettend bedankt voor uw tijd en aandacht voor het doornemen van de vragenlijst, dit stellen wij zeer op prijs! Nogmaals, de resultaten worden anoniem verwerkt en zijn niet te koppelen aan uw gegevens. Heeft u op dit moment nog vragen voor mij?”

- Zo ja: beantwoord vragen en sluit af, *“dan wens ik u nog een prettige dag/avond/middag en nogmaals dank voor uw medewerking”*.
- Zo nee: sluit af, *“dan wens ik u nog een prettige dag/avond/middag en nogmaals dank voor uw medewerking”*.

Live versie van CATI-software: <https://www.enqueteviainternet.nl/Belschema>

Bijlage 5: Interview Schema

Situatie van interview	
Locaties: Kantoor Regieverpleegkundigen en Assistentenkamer V2.4, Isala Ziekenhuis te Zwolle Formatie: De geïnterviewde zal plaatsnemen achter een bureau, waarbij de drie onderzoekers tegenover hem/haar plaats zullen nemen.	
Introductie	
Onderzoekers:	Susanne Marsman, Elise Huizenga & Rik van Os, 4 ^e jaar HBO-V studenten verbonden aan de Hogeschool Viaa te Zwolle.
Onderzoeksonderwerp:	Inventariseren van de therapietrouw bij patiënten die een profylactische behandeling ondergaan voorafgaand aan een heup- of knieatroplastiek, en dit in percentages weergeven. Daarnaast is het doel om te achterhalen welke rol de patiëntenvoorlichting heeft binnen de mate van therapietrouw.
Doel van interview:	Inzichtelijk krijgen hoe het voorlichtingsproces betreffende de MuPi-trial is vormgegeven binnen het Isala te Zwolle
Organisatie:	Isala Ziekenhuis te Zwolle
Duur:	30 minuten
Anonimiteit:	Het gebruik van namen in dit onderzoek zullen worden vermeden, er wordt gebruik gemaakt van functietitels
Hulpmiddelen:	Voice-recorder
Vragen:	Heeft de geïnterviewde vooraf aan de start van dit interview nog vragen?
Kern	
<i>Procesmatig</i> - Uit welke onderdelen bestaat het voorlichtingstraject van de MuPi Trial? - Wat is de chronologische volgorde van de verschillende onderdelen binnen het voorlichtingstraject? - o Welke partijen/personen zijn bij welke stappen betrokken? - Wat is volgens u de verantwoordelijkheid van de patiënt binnen het voorlichtingstraject van de MuPi Trial? - Waar kunnen patiënten terecht bij vragen en/of opmerkingen rondom de MuPi Trial? - Op welke locatie vindt de voorlichtingsochtend/middag plaats? - Welke samenwerkingsverbanden zijn er aangegaan rondom het voorlichtingsproces binnen de MuPi Trial? <i>Oftewel: Welke partijen zijn er betrokken en waarom?</i> - Hoe wordt de integratie van de MuPi Trial in het zorgproces op de afdeling orthopedie vormgegeven? <i>Persoonlijke vraag</i> - Wat is de rol van de regieverpleegkundige binnen het voorlichtingstraject van de MuPi Trial? - o <i>Deze vraag wordt enkel aan de regieverpleegkundige gesteld;</i> - Wat is de rol van de arts binnen het voorlichtingstraject van de MuPi Trial? - o <i>Deze vraag wordt enkel aan de arts gesteld;</i> - Hoe ervaart u het voorlichtingstraject van de MuPi trial, zoals deze op dit moment is vormgegeven? - o Kunt u toelichten in welke mate u belemmeringen dan wel stimulansen ervaart gedurende dit voorlichtingstraject van de MuPi trial? <i>Visievraag</i> - Wat zou volgens u de rol van de arts binnen dit voorlichtingstraject van de MuPi trial? - o <i>Deze vraag wordt enkel aan de regieverpleegkundige gesteld;</i> - Wat zou volgens u de rol van de regieverpleegkundige binnen het voorlichtingstraject van de MuPi Trial moeten zijn? - o <i>Deze vraag wordt enkel aan de arts gesteld;</i>	

Voorlichting, de formule voor therapietrouw?

Afronding	
Aanvulling:	Heeft de geïnterviewde nog andere aanvullende informatie dat van belang kan zijn binnen het onderzoek?
Gebruik van informatie:	De informatie die verkregen wordt uit dit interview zal worden verwerkt, geanalyseerd en worden gebruikt in het uiteindelijke onderzoeksrapport. Geluidsopnames worden na het transcriberen vernietigd;
Toegang tot resultaten:	De geïnterviewde heeft de mogelijkheid om inzage te verkrijgen in het uiteindelijke onderzoeksrapport. Bij aanvraag zal deze via de mail worden verstuurd.
Dankwoord:	Bedank de geïnterviewde voor zijn tijd en medewerking.

Bijlage 6: Fragmenten Interviews

Fragment Nr.	Passage	Label	Kernthema
1.1.1	Dat zij op de poli al zeggen van: “oké wij doen hier binnen het ziekenhuis onderzoek, en daar wordt u eventueel voor benaderd, en dan moet u weten dat wij daarachter staan”. Elke studie die binnen ons ziekenhuis loopt, dus elke studie die binnen ons ziekenhuis loopt, daar staan wij als artsen achter.	- Attenderen op benadering onderzoek; - Artsen vermeld dat zij staan achter studies ziekenhuis;	Informeren;
1.1.2	En daarnaast vermeld ik (...) altijd bij het kopje – wij bespreken altijd complicaties voor een ingreep, dus je bespreekt het verwachte resultaat en de complicaties. En bij de complicatie infecties – zeg nou je hebt 1-2% kans op infecties door een bacterie bij de prothese – hebben wij een onderzoek wat de kans op infecties mogelijk verminderd. Daar krijgt u later nog informatie over.	- Benoemen van complicaties; - Benoemen van verwacht resultaat; - Voorleggen van onderzoek; - Benoemen van verder informeren;	Informeren;
1.1.3 DV	(...) dat doet eventueel de arts-onderzoeker, in samenspraak met de regieverpleegkundige.	- Arts-onderzoeker samen met regieverpleegkundige;	Taakverdeling;
1.1.4 DV	Ons doel was zeg maar om dat de arts-onderzoeker - of ik dan als hoofdonderzoeker -, om dat de eerste keer een paar keer voor te doen, zodat ze even mee konden luisteren of even mee konden kijken wat wij dan vertelden. Als zij dan aanvullingen hadden of dat zij dat uiteindelijk over zouden nemen.	- Voorheen hoofdonderzoeker; - Eerst voordoen; - Vragen of aanvullingen; - Dan overnemen door regieverpleegkundigen;	Taakverdeling;
1.2.1	(...) de regieverpleegkundige heeft op de woensdag, hebben zij die voorlichtingsbijeenkomst voor knie en heup, en dat zij dan even vertellen van: “Hebben jullie het informatieformulier gekregen voor de Mupitrial, en zo ja hebben jullie dit doorgelezen en daar nu al vragen over?”. En zo nee dan wou ik even een aantal slides hieraan besteden.	- Woensdagen voorlichtingsbijeenkomst; - Controle op lezen; - Beantwoorden vragen; - Korte presentatie;	Controleren; Beantwoorden; Informeren;
1.2.2	En dan kunnen ze Informed consent tekenen en dan krijgen ze het pakketje mee naar huis.	- Aanreiken toestemmingsformulier; - Meegeven pakket;	Faciliteren;
1.2.3 DV	(...) komen ze ook bij de regieverpleegkundige, en die zegt nog even op de poli van: “oké jullie hebben informatie gekregen van de opnameplanner over de Mupitrial en over de heup of knieprothese. Lees dat goed door voordat jullie op de voorlichtingsbijeenkomst komen.”	- Regieverpleegkundige op poli; - Attenderen op informatie en bijeenkomst;	Attenderen;
1.3.1	(...) in het begin natuurlijk een aantal keren vergeten was om die voorlichting te geven (...). Dus dat er dan patiënten niet werden geïncludeerd, of dat er niet aandacht werd besteed aan de Mupitrial. Dat patiënten niet op de hoogte waren van de studie, maar dat was natuurlijk net in de opstartfase	- Voorlichting vergeten; - Patiënten niet op de hoogte van studie; - Geen patiënten geïncludeerd;	Voorlichtingsbijeenkomst;
1.3.2	(...) is dat mensen die eenmaal geïncludeerd waren, dat zij hier op de afdeling vergaten om de kweekjes nog een keer af te nemen. De dag van de opname of de dag na de operatie.	- Kweekjes niet afgenomen op afdeling;	Kweken;

Voorlichting, de formule voor therapietrouw?

1.4.1	(...) zij de informatie over het onderzoek tot zich nemen, als er vragen zijn dat zij die stellen (...)	- Aannemen informatie; - Proactief in stellen van vragen;	Verantwoordelijkheid;
1.4.2	En dat zij – als zij dan mee doen – dat zij dan 5 dagen van tevoren met wassen en smeren, voordat ze beginnen met wassen en smeren, kweekjes afnemen uit rectum, neus- en keelholte, en dat ze die kweek hier op de afdeling nog een keer laten herhalen. En dat ze de neuszalf meenemen naar het ziekenhuis.	- Wassen en smeren; - 5 dagen van tevoren; - Afnemen kweekjes; - Neuszalf meenemen;	Therapietrouw;
1.4.3 DV	(...) in principe is het zo dat als de patiënt hier komt, dat dan – ze krijgen altijd een intakegesprek van de verpleegkundige –, en dat die ze dan even een pakketje geeft van: “oké jullie moeten nog even, jullie doen mee aan de Mupitrial, neem nog even de kweekjes af”.	- Intakegesprek; - Aangeven dat kweekjes moeten worden afgenomen;	Controleren; Attenderen;
1.5.1	(...) arts vertelt op poli dat we een onderzoek doen, dan de opnameplanning geeft een formulier mee over de Mupitrial, de regieverpleegkundige zegt diezelfde dag van “lees dit formulier goed door voordat u bij de voorlichtingsbijeenkomst komt”, op de voorlichtingsbijeenkomst wordt een korte presentatie gegeven, uitleg voor vragen en antwoorden en inclusie van patiënten, dan worden de studiematerialen/pakketjes uitgereikt, de patiënt begint zelf thuis en komt in het ziekenhuis en wordt nog een keer de kweekjes herhaalt en wordt er gevraagd of ze neuszalf bij zich hebben.	- Arts attendeert op onderzoek; - Opnameplanning voorziet patiënt van informatiebrief; - Regieverpleegkundige attendeert op doorlezen; - Voorlichtingsbijeenkomst met presentatie MuPi; - Faciliteren studiematerialen; - Start met zalf/zeep smeren; - Afnemen kweekjes; - Opname in ziekenhuis, kweekjes 2^e keer; - Controle op neuszalf;	Attenderen; Faciliteren; Informeren; Therapietrouw; Controleren;
1.5.2 DV	Nee 2 keer een kweek. Een keer voor dat ze beginnen met wassen en smeren, en een keer op het moment dat ze in het ziekenhuis komen.	- 2x kweekjes; - Voor wassen/smeren; - In het ziekenhuis;	Kweken;
1.5.3 DV	(...) dus vaak na de poliafspraak, maar soms krijgen ze daar een aparte datum voor. En ook de regieverpleegkundige belt ze ook nog een keer, vlak voor de opname	- Poli-afspraken; - Bellen van patiënt;	Proces;
1.6.1	Bij vragen kunnen zij bij mij terecht, tenminste mijn naam en telefoonnummer staat in het patiënten informatiebrief. Er staat ook nog het telefoonnummer van de onafhankelijke arts, Dr. Brand is dat, van de kindergeneeskunde.	- Hoofdonderzoeker; - Onafhankelijk arts;	Communicatie;
1.6.2 DV	(...) ik ben een paar keer gebeld. Ik denk dat onafhankelijk arts vrijwel nooit wordt gebeld. Misschien is het beter om in de – als we weer gaan opstarten –, dat we dan de regieverpleegkundige een algemeen nummer erbij in zetten.	- Nummer van regieverpleegkundige;	Verbetering;
1.7.1	Nou ja in principe (...) is het zo dat het volgens mij hier op de afdeling plaatsvindt, op de orthopedieafdeling. Maar tijdelijk was er even wegens krapte of dergelijke verplaatst bij het personeelsrestaurant.	- Op de afdeling; - Personeelsrestaurant bij krapte;	Faciliteren;

Voorlichting, de formule voor therapietrouw?

1.8.1	Ja en de apotheek, apothekersassistent, de opnameplanning orthopedie, de verpleging, de hoofdverpleegkundige, de onderzoeker van de orthopedie, alle orthopeden.	- Betrokken partijen	Samenwerkingsverbanden;
1.9.1	In principe moeten zij zelf, in de brief staat dat zij het zelf moeten meenemen naar het ziekenhuis, de neuszalf, en voor de rest hoeft je niet meer te wassen met die speciale shampoo, dus die hybiscrub. En zij moeten zelf inderdaad twee keer per dag nog even zo'n neuspuntje inbrengen, net zoals ze dit thuis gedaan hebben. De eerste dag en de tweede dag na de operatie.	- Neuszalf meenemen; - Stoppen met wassen; - 2dd neuszalf - 1 ^e en 2 ^e dag na operatie;	Verantwoordelijkheid;
1.9.2	Maar het is natuurlijk wel aan de verpleegkundige om dit een beetje te controleren, of dit ook gebeurt. Zij moeten inventariseren bij het moment van opname of die zalf aanwezig is en als dat aanwezig is, dat ze dan zeggen van: "oké, nu moet je dit de eerste en tweede dag nog even innemen.	- Verpleegkundige controleert; - Inventariseren zalf bij opname; - Attenderen gebruik in ziekenhuis;	Controleren; Inventariseren; Attenderen;
1.9.3	Alleen ik denk, dat is natuurlijk omdat het onderzoek net gestart is, zitten daar nog veel onduidelijkheden.	- Onduidelijkheden omdat trial nieuw is;	Verbetering;
1.10.1 NV	Ik heb de hele onderzoeksopzet gedaan, ik heb contact met de apotheek, met de microbioloog, heb ik allemaal, dus zij weten mij te benaderen. Zij hebben mij als contactpersoon.	- Apotheek, microbioloog; - Hebben hoofdonderzoeker als contactpersoon;	Communicatie;
1.10.2 DV	Daarnaast heb ik alle regieverpleegkundigen persoonlijk ingelicht, presentatie gegeven, uitleg gegeven, hoe de studie. Ik heb de hoofdverpleegkundige heb ik informatie gegeven. Zij heeft een nieuwsbrief opgesteld naar de rest van de verpleegkundigen, meerdere keren hebben zij een nieuwsbrief gekregen vrijdag. Wanneer de Mupitrial gaat lopen, wat het inhoud, wat ze moeten doen.	- Regieverpleegkundigen persoonlijk ingelicht; - Hoofdverpleegkundige persoonlijk ingelicht; - Nieuwsbrief voor verpleegkundigen;	Communicatie;
1.10.3 DV	Ik heb met de opnameplanners, heb ik allebei apart gesproken, allemaal ingelicht, en ik heb de orthopeden, heb ik ook allemaal op de hoogte gebracht van vooraf, van de start van de studie.	- Opnameplanners persoonlijk ingelicht; Orthopeden persoonlijk ingelicht;	Communicatie;
1.10.4 DV	Dus ik ga er dan vanuit dat zij denken dat ik de contactpersoon ben.	- Veronderstelling dat iedereen contactpersoon weet;	Verbetering;
2.1.1	Op de poli kregen de mensen een voorlichtingsbrief, en wij (...) gaven het aan de patiënt en legde het uit wat het was, en wanneer dat de patiënt het juist heel goed moest doorlezen. En dat er tijdens de voorlichtingsbijeenkomst meer aandacht aan werd besteed. En of dat werd ook gevraagd of de patiënt aan het onderzoek wou mee doen, de ja of de nee. Dat was het voortraject.	- Regievpk verstrekt voorlichtingsbrief en informatie; - Attenderen op doorlezen;	Informeren
			Faciliteren
			Attenderen
2.1.2	Dan kwamen de patiënten op de voorlichting, kregen ze voorlichting of van ons of van Rob of van een Jelle onderzoeker. En dan werden de patiënten geïnccludeerd, dus dan werd gevraagd of ze mee	- Voorlichtingsmiddag over MuPi; - Incluseren van patiënten;	Informeren

Voorlichting, de formule voor therapietrouw?

	wouden doen aan het onderzoek, de papieren die werden dan getekend, de patiënten kregen dan het onderzoeksmateriaal mee zeg maar, en dan kwam de patiënt hier op de afdeling voor de opname.	- Verstrekken onderzoeksmateriaal; - Opname op afdeling;	Includeren
			Faciliteren
2.2.1 DV	Ja, dat was zo, maar onze rol is veranderd, dus nu krijgen de patiënt het voorlichtingsmateriaal van de planning, van de planners, en komen ze pas op de voorlichtingsbijeenkomst eigenlijk met ons in contact.	- Voorlichtingsbrief van opnameplanning; - Tijdens voorlichting in contact met regievpk;	Taakverdeling
2.3.1	Dat waren dan ook de gebieden die dan gewassen nog moest worden en waarbij de neuszalf gebruikt moest worden.	- Wassen met zeep/shampoo; - Smeren van neuszalf;	Therapietrouw
2.3.2	Dus we zeiden ook tegen de patiënt van nou ja, (...) we willen met alle liefde alle infecties terugdringen en dit onderzoek kan ons daarbij helpen om dat op een nog betere manier te gaan doen.	- Informeren over het doel van onderzoek;	Kennis
2.4.1	Bij ons, of bij Jelle Gorter, dat is de onderzoeker, of bij Rob Rolink zelf.	Regieverpleegkundige; - Hoofdonderzoeker; - Arts-onderzoeker;	Bereikbaarheid
2.4.2	Ja, wij zijn altijd telefonisch bereikbaar. We hebben een telefonisch spreekuur en dat weet de patiënt, want de patiënt krijgt een flyer mee, en de patiënt had ons toen natuurlijk al gezien, dus hadden we dat al even gezegd.	- Telefonisch spreekuur regievpk;	Bereikbaarheid
2.4.3	Nu niet meer, (...) alsnog weet/ verteld de planning dat wij bereikbaar zijn voor alle vragen, en dat weten wij, want wij worden regelmatig gebeld.	- Planning geeft bereikbaarheid van regievpk door;	Informeren
			Bereikbaarheid
2.4.4 DV	Patiënten kreeg te horen van, de orthopeed zeg maar, van nou u mag voor operatie, (...) dan ging de patiënt naar de planning toe, daar kreeg de patiënt te horen van: dit zijn de wachttijden bij die patiënt, en dit is een beetje de richttijd wanneer u geopereerd kan worden.	- Orthopeed stelt operatie voor; - Opnameplanning verstrekt datum;	Proces
2.4.5	Nu is het zo, ze krijgen te horen van de orthopeed dat ze worden geopereerd, ze gaan naar de planning, daar krijgen ze eigenlijk het hele verhaaltje te horen, Vervolgens komen ze op de voorlichtingsbijeenkomst, en worden ze opgenomen. En komen ze dan na die tijd weer bij ons.	- Orthopeed stelt operatie voor; - Opnameplanning verstrekt datum; - Opnameplanning verstrekt informatie MuPi;	Proces
2.5.1	Hier op de afdeling. In de foyerruimte, zoals wij dat van oudsher eigenlijk noemen. Maar dat is gewoon een voorlichtingsruimte. Dat is een vierpersoonszaal dat geen vierpersoonszaal meer is.	- Foyerruimte op afdeling;	Faciliteren
2.6.1	Altijd als er nieuwe dingen worden geïntroduceerd, dan is er altijd een nieuwsbrief die wekelijks rondgaat via de email, (...) ook dat MuPi-trial gedeelte is in de nieuwsbrief gekomen.	- Wekelijkse nieuwsbrief via mail;	Communicatie

Voorlichting, de formule voor therapietrouw?

	Dus dan wordt eigenlijk van alle medewerkers verwacht dat ze overal van op de hoogte zijn.	- Verwachting dat VPK's op de hoogte zijn;	Verantwoordelijkheid
2.6.2	Wij bellen ook nog de patiënten een dag van tevoren, voordat ze worden opgenomen, (...) wij zetten dan in het zorgdossier van: "MuPi-trial patiënt", dus dan de opnameverpleegkundige of de verpleegkundige die de patiënt opnam, die wist op dat moment van: "hé, mevrouw met de MuPi-trial, dus die moet dan nog doorsmeren, of die moet dan nog kweken". En als ze dat niet wisten, dan werden wij gebeld.	- Bellen van patiënt 1 dag voor opname; - Noteren MuPi in zorgdossier; - Bij vragen regievpk bellen;	Informeren
			Communicatie
2.7.1	En wat mijn rol, of onze rol, in eerste instantie was het formulier onder de aandacht brengen bij de patiënt. Leest die het goed door? Daarnaast waren wij dus bereikbaar voor vragen	- Attenderen op voorlichtingsfolder; - Controleren op doorlezen; - Bereikbaar zijn voor vragen;	Attenderen
			Controleren
			Bereikbaarheid
2.7.2	En tijdens de voorlichtingsbijeenkomst gaven of wij de voorlichting of de onderzoeker zelf. Meestal in het eerste traject was dat nog Rob of Jelle zelf, of we deden het even samen. Op hejt laatste moment deden we het ook zelf, maar toen stopte het eigenlijk al vrij snel.	- Gezamenlijk met arts voorlichting geven; - Regievpk geeft zelf voorlichting;	Taakverdeling;
2.8.1	Ja prima, ja hoor zeker, goed. De patiënt weet gewoon waar die terecht kan. De voorlichtingsfolder, die hebben jullie ook allemaal gezien, die zag er heel duidelijk uit. Die heb ik ook van tevoren gezien, voordat het helemaal begon. Dus daar heb ik nog wat dingen in kunnen doen, maar dat was duidelijk. Voor patiënten was het ook meestal duidelijk hoor.	- Prima ervaring; - Duidelijke voorlichtingsfolder; - Duidelijk voor patiënten;	Beoordeling;
2.8.2	Tijdens het voorlichtingstraject was het nog een beetje onduidelijk wie uiteindelijk de eerste voorlichting zou geven. Eigenlijk werd het een beetje bij ons in de schoot geworpen, regieverpleegkundigen, top, dat kunnen jullie mooi doen. Daar waren wij het niet helemaal mee eens, want we zijn natuurlijk allemaal gewoon algemeen verpleegkundigen, zowel mbo als hbo. Toen had ik zoiets van we zijn geen gespecialiseerde verpleegkundigen, geen onderzoeksverpleegkundigen, eigenlijk mogen wij niet includeren. Dat was ons standpunt, maar toen zij Rob dat mag wel als ik toestemming voor geef, dan mag het dus allemaal wel. Maar dan heb je wel zo'n idee van nou, ik weet niet of dit wel helemaal zo de juiste weg is. Goed, we zijn daar dus wel in meegegaan.	- Onduidelijkheid over rolverdeling; - In schoot geworpen van regievpk; - Verpleegkundigen mogen niet includeren; - Hoofdonderzoeker gaf toestemming;	Taakverdeling;
			Verantwoordelijkheid;
2.8.3	Uiteindelijk was het een best leuk onderzoek en wel goed gerelateerd aan onze rol, zeg maar	- Leuk onderzoek; - Goed gerelateerd aan regievpk;	Motivatie;
2.8.4	Maar ja in overleg de voorlichtingsbijeenkomst hebben we dat prima gewoon samengedaan, dat was net zo prettig.	- Goede samenwerking met artsen tijdens voorlichting;	Taakverdeling;
2.9.1	Hun hadden eigenlijk gewoon (...) het overzicht moeten houden zeg maar. Zo van welke patiënten doen er mee, dat willen wij regelen.	- Overzicht houden; - Includeren van patiënten;	Verantwoordelijkheid;

Voorlichting, de formule voor therapietrouw?

2.9.2	Maar ik had wel eigenlijk meer verwacht, het is een onderzoek van hun en niet van ons. Het is ook niet verpleegkundig gerelateerd, het is medisch gerelateerd. Dus had ik eigenlijk ook meer verwacht dat dat hun rol zou blijven.	- Meer verwachtingen van arts; - Onderzoek van artsen, niet van verpleegkundigen;	Taakverdeling;
3.1.1	Onze taken zijn ook veranderd (...) we zaten eerste op de planning, en daar kregen de mensen dus na de orthopeed moesten ze bij ons komen, en het voorlichtingsmateriaal wat dus in het mapje zat, zat dus de MuPi-trial. Wij gingen dan die folders allemaal wat na, en met name de MuPi-trial die benadrukte we wel om heel kort uit te leggen, wat is de bedoeling, om te voorkomen dat je maar zo een brief geeft, en ja, begrijpen ze het wel.	- Taken regieverpleegkundige veranderd; - Patiënt ziet orthopeed; - Regieverpleegkundige verstrekt voorlichtingsmateriaal; - Regieverpleegkundige licht onderzoek toe;	Faciliteren Informeren
3.1.2	Daarnaast deden wij de voorlichting hadden we elke sheets om daar dan ook nog weer kort op in te gaan. Maar de onderzoekmedewerker kwam ook wel en die kon vragen beantwoorden bijvoorbeeld als ze daar nog vragen over hadden.	- Regieverpleegkundige verzorgt MuPi voorlichting; - Arts beantwoordt vragen;	Informeren Beantwoorden
3.2.1	Wij hebben natuurlijk een belangrijk functie in die zin, dat als de patiënt vragen hebben ook als ze weer thuis zijn, dat ze bij ons komen. Dus het is wel belangrijk dat wij goed weten, hoe werkt dit onderzoek en wat is daar de bedoeling van.	- Regieverpleegkundige kent achtergrond MuPi - Regieverpleegkundige is bereikbaar voor vragen	Bereikbaarheid Communicatie
3.3.1	Als de patiënt toestemt dat die mee wil doen, dus schriftelijk toestemming heeft gegeven, dan is het ook zijn verantwoording, daar mag je vanuit gaan dat ze dat naar behoren uitvoeren, wat van hen gevraagd wordt.	- Patiënt doet wat er van hem gevraagd wordt;	Therapietrouw
3.3.2	Of het wel goed gebeurt, of gebeurd is, daar hebben wij misschien ook wel weer een rol in. Maar ook met name de opnameverpleegkundige die dan dat kan checken.	- Verpleegkundige zou kunnen controleren;	Controleren
3.4.1	Bij ons, maar ook bij Rob en Jelle gort die draait er ook aan mee. Kijk als er iets is wat wij zeggen van dat weten wij niet goed, dan verwijzen wij vaak door naar hun.	- Hoofdonderzoeker; - Onderzoeks-arts; - Regieverpleegkundige;	Bereikbaarheid
3.4.2 DV	Ja wij hebben natuurlijk in die zin wel een beetje een overkoepelde taak, dat wij allerlei, van allerlei soorten vragen wat omtrent de OK gebeurt kunnen ze bij ons terecht. En dat gaat vaak wel in overleg met de desbetreffende persoon, (...)	- Overkoepelende rol; - Vraagbaak omtrent OK; - Overleg desbetreffende persoon;	Taakverdeling Communicatie
3.4.3 DV	(...) dus als er een vraag over de mupi zou komen en ik kom daar niet uit of ik denk ik weet het gewoon niet, dan ga ik of overleggen met Rob, Rob is er natuurlijk niet meer met Jelle, en vaak zegt Jelle dan wel: dan bel ik zelf wel even.	- Onderzoeks-arts beantwoordt ook vragen;	Taakverdeling;
3.5.1	Hier op de afdeling. 's ochtend de groep die aan de heup geopereerd worden en 's middag die aan de knie geopereerd worden.	- Op de afdeling; - Ochtenden de heup; - Middagen de knie;	Faciliteren

Voorlichting, de formule voor therapietrouw?

3.6.1	(...) het opstarten is natuurlijk een beetje, ja niet echt heel duidelijk gegaan. Wij waren dan wel al ingelicht, en zo gaan we het doen en wij wisten wel wat we moesten doen, maar goed het is wel belangrijk dat onze collega-verpleegkundigen op de hoogte gebracht worden: we starten met een onderzoek en dit en dit en dit is er aan de hand, en dat is ook echt de taak voor Rob geweest.	- Onduidelijke opstart; - Regievpk ingelicht; - Verpleegkundigen op afdeling niet ingelicht; - Taak inlichten van hoofdonderzoeker	Communicatie Taakverdeling
3.6.2	Dat hij dat ook kenbaar op de afdeling maakt. Vooral als ze bij opname kwamen ja dan moeten ze die setjes inleveren. (...) Dat had naar mijn idee wel beter gekund.	- Kenbaar maken onderzoek; - Integratie op afdeling kan beter;	Communicatie Verantwoordelijkheid
3.6.3	Ja, of ze hebben ze al opgestuurd, maar ik heb zelf niet mensen opgenomen daarmee. Dan kunnen ze ook op de dag van de OK nog inleveren, dat ze die kweken hebben afgenomen.	- Kweekjes opsturen - Kweekjes op de dag van OK inleveren;	Communicatie
3.6.4	Maar ik denk dat daar ook nog wel, ja, wat in verbeterd kan worden. Denk ik, daar doe ik verder geen uitspraak over. Ik kan mij zo voorstellen dat patiënten dat ook vergeten door alle hectiek met de OK. En ja wij zouden daar mensen op kunnen attenderen natuurlijk, zo van denkt u nog aan de neuszalf.	- Patiënt vergeet te smeren door hectiek; - Verpleegkundigen zouden kunnen attenderen;	Therapieontrouw Attenderen
3.7.1	Kijk wat ik ook al zei, het is bekend dat een onderzoek, dat moet geleid worden door de onderzoekmedewerker. We merken dan wel heel snel dat een onderzoekmedewerker naar ons wilt schuiven, terwijl dat niet de bedoeling is.	- Onderzoek moet geleid worden door onderzoeks-medewerker; - Onderzoek wordt afgeschoven op verpleegkundigen;	Taakverdeling
3.7.2	Aan de andere kant is het wel belangrijk dat wij op de hoogte zijn van de onderzoeken om de patiënt goed te kunnen voorlichten als zij vragen hebben. Dus, ja, ik denk wel dat we daar zeker van op de hoogte moeten zijn en dat wij in die zin voorlichting kunnen geven als mensen ergens mee zitten of dat de informatie niet duidelijk is.	- Belangrijk dat verpleegkundige op de hoogte is; - Verpleegkundige moet kunnen voorlichten;	Informeren
3.8.1	Ja, een beetje met horten en stoten, want nou je wordt ingelicht en we gaan starten, je krijgt formulieren. Patiënten, hebben jullie vast wel gezien, hebben al tig formulieren in die map en zien door de bomen het bos. Patiënten hadden ook wel vaak zoiets van, oh wat is dit nu weer. Dus je voelde je eigenlijk bijna bezwaard om het te introduceren.	- Met horten en stoten; - Overschot formulieren en informatie bij patiënt; - Verpleegkundige voelt zich bezwaard;	Demotiverend
3.8.2 DV	Dus dat was allemaal een beetje traag is dat op gang gekomen, is mijn mening. Hebben we ook wel aangegeven toen hoor.	- Langzaam op gang gekomen;	Proces
3.8.3 DV	Ik denk dat je het proces eerst heel goed in kaart moet brengen, en in stappen, dat je pas kan starten als iedereen op de hoogte is die daaraan meewerkt, denk ik.	- Proces eerst goed in kaart; - Pas starten als iedereen op de hoogte is;	Proces Communicatie

Voorlichting, de formule voor therapietrouw?

3.9.1	Ja ik weet niet of jullie dat van mijn collega's terug hebben gekregen, maar die hadden ook wel zoiets van wij beginnen wel en wij zitten beneden op de poli en het wordt dan even verteld. Maar je moet echt alle fases doorlopen om goed te kunnen starten en duidelijkheid scheppen van wat gaan wij doen, en wat is belangrijk bij opname om ook te vragen aan de patiënt.	- Onduidelijke taakverdeling; - Onduidelijkheid bij opname;	Taakverdeling Communicatie
3.9.2 DV	Maar, nee, ik vond niet echt voor mijn collega's dat dat duidelijk gecommuniceerd is, later wel in de nieuwsbrief.	- Informatieoverdracht later via nieuwsbrief;	Communicatie
3.9.3 DV	Ja toen was het al begonnen, van oh de afdeling moet ook nog goed geïnformeerd worden. En toen heeft Rob ook nog wel met ... gezeten, maar dat had eigenlijk vooraf moeten.	- Informeren verpleegkundigen pas na de start van het onderzoek;	Communicatie
3.10.1	Nou sowieso de voorlichting in dit kleine stukje ruimte dat hij dus krijgt, dat doet hij dus nu ook wel.	- Invullen voorlichting;	Taakverdeling
3.10.2 DV	Dus, maar de eindverantwoordelijke is de onderzoekmedewerker en, die hoort het te leiden en die hoort ook de meeste informatie te geven. (...) alleen de rol van hunzelf face-to-face is natuurlijk wel klein als ze op een voorlichting komen, om, dan hebben ze de kans om het goed uit te leggen, dus dan vind ik, moeten ze dat ook doen.	Eindverantwoordelijkheid; - Leiding en meeste informatie geven; - Face-to-face contact te weinig;	Taakverdeling
3.10.3 DV	Ja, dan denk ik moet dat allemaal in zo'n voorlichting gepropt worden. Ja, en Jelle hielp dan ook wel hoor als hij dan kwam. Maar uiteindelijk vind ik dat hun daar wel iets meer aandacht aan zouden mogen besteden.	- Meer aandacht MuPi binnen voorlichtingstraject;	Verbetering
3.10.4 DV	Je moet het wel samen doen, (...)	- Samenwerking	Taakverdeling
3.10.5 DV	Dit is wat ik heb ervaren, ik dacht dat kan best wel wat gestructureerde en dat er van een persoon wordt uitgegaan misschien. Wij kunnen het ondersteunen, maar uiteindelijk zijn hun er verantwoordelijk voor.	- Zorgen voor structuur; - Één eindverantwoordelijke; - Regieverpleegkundige kan ondersteunen;	Verbetering Taakverdeling

Bijlage 7: Fragmenten Aanbevelingen

Fragment#	Tekst	Label	Kernthema
1	Informatie na de operatie kan nog verbeterd worden. Mw. heeft na de operatie meerder keren gebeld, geen duidelijke informatie gekregen. Mw. is ook niet teruggebeld.	Na-traject onduidelijk; Niet teruggebeld;	Na-traject; Communicatie;
2	Druk, weinig aandacht en tijd, folders wel voldoende. Mevrouw heeft de informatie begrepen door daar zelf energie in te steken, vanuit de arts was het overbrengen van informatie minimaal.	Weinig tijd; Weinig aandacht; Folders begrijpelijk; Eigen energie;	Voorlichtingsmiddag; Voorlichtingsmateriaal;
3	In het ziekenhuis werd verteld dat de kweekjes na de operatie ook nog zouden worden afgenomen. Er is alleen nooit contact opgenomen om de kweekjes na operatie af te nemen	Geen contact over kweekjes na operatie;	Communicatie;
4	Op de afdeling is er niks met de zalf en zeep gedaan, dit terwijl dit wel in het protocol staat vermeld hier mee door wordt gedaan binnen het ziekenhuis.	Geen aandacht voor MuPi protocol op afdeling;	Verpleegafdeling;
5	Beschrijving van de informatie moet uitgebreider. Voorlichtingsmiddag minimaal en mist concrete uitleg. De arts is verder niet goed bereikbaar voor het beantwoorden van vragen over het gebruik van de zeep.	Informatie te kort; Voorlichtingsmiddag minimaal; Slechte bereikbaarheid;	Voorlichtingsmiddag; Voorlichtingsmateriaal; Bereikbaarheid;
6	Ging tussen neus en lippen door. Er was niet voor iedereen materiaal aanwezig, dit verliep daarom rommelig en warrig. Te weinig brieven op dat moment. Werd nu ook te snel verteld, mw. stelt voor dat hier echt de tijd voor wordt genomen.	Onvoldoende materiaal; Voorlichtingsmiddag te gehaast;	Voorlichtingsmateriaal; Voorlichtingsmiddag;
7	De voorlichtingsmiddag een beetje vaag. Geen duidelijke uitleg en was erg rommelig. De voorlichtingspapieren gaven voor dhr. de doorslag om alsnog mee te doen aan het onderzoek. Zonder de voorlichtingspapieren had dhr. niet mee gedaan aan het onderzoek.	Onduidelijke informatie voorlichting; Voorlichtingsmateriaal doorslaggevend;	Voorlichtingsmiddag; Voorlichtingsmateriaal;
8	Meer tijd voor de voorlichting uittrekken, dit ging volgens mw. veel te snel. Tevens voelde de voorlichting onpersoonlijk aan, niet echt gelegenheid tot vragen. Mw. geeft ook aan dat de brieven en folders nog niet duidelijk genoeg zijn, enkele termen die onduidelijk zijn.	Voorlichtingsmiddag te gehaast; Geen gelegenheid tot vragen; Onduidelijk voorlichtingsmateriaal; Benadering onpersoonlijk;	Voorlichtingsmiddag; Voorlichtingsmateriaal;
9	De manier waarop was te complex. Te veel informatie.	Complex; Te veel informatie;	Voorlichtingsmateriaal;

Voorlichting, de formule voor therapietrouw?

10	Ze zaten in de open zaal, boven de hoofdingang. Dit was een open zaal waardoor er veel mensen langsliepen en er veel lawaai was. Hierdoor was alles moeilijk te volgen, en de meneer die de voorlichting gaf was hierdoor moeilijk te verstaan.	Locatie voorlichting; Verstaanbaarheid spreker;	Voorlichtingsmiddag;
11	Voorlichting vond op de "gang" plaats, hierdoor veel afleidingen qua geluid. Hierdoor was het tevens slecht te horen, en kwam het rommelig over. Daarnaast was het beeldscherm slecht te zien.	Locatie voorlichting; Verstaanbaarheid spreker; Slechte zichtbaarheid;	Voorlichtingsmiddag;
12	Hoe in te vullen van het label behorende bij de kweekjes was onduidelijk.	Onduidelijke instructie kweekjes;	Voorlichtingsmateriaal;
13	Na de operatie hebben ze geen kweekjes meer afgenomen nadien. Het na-traject van dit onderzoek na operatie was onbekend.	Geen contact over kweekjes na operatie; Na-traject onduidelijk;	Na-traject; Communicatie;
14	Informatie kwam te snel, weinig aandacht en meer tijd ervoor uittrekken. Misschien naar voren schuiven.	Weinig tijd; Weinig aandacht; Voorlichtingsmiddag te gehaast;	Voorlichtingsmiddag;
15	In de informatiefolder stond veel dezelfde informatie, wat elkaar ook tegensprak. Ook stond in de folder niet duidelijk op welke dag men moest starten met de zalf en zeep. Mensen van de afdeling waren niet op de hoogte op van de trail. Voorlichtingsmiddag was erg rommelig. De persoon die de voorlichting gaf, en dit moest regelen was erg chaotische.	Tegensprekende informatie in folders; Te veel informatie in folders; Geen aandacht voor MuPi protocol op afdeling; Rommelige voorlichting;	Voorlichtingsmateriaal; Verpleegafdeling; Voorlichtingsmiddag;
16	Ging erg snel, lager tempo.	Voorlichtingsmiddag te gehaast;	Voorlichtingsmiddag;
17	Gevoeligheid van de huid kan een langere tijd uitblijven. Na kweek werd niet gedaan door de verpleegkundigen.	Gevoeligheid huid; Geen contact over kweekjes na operatie;	Bijwerkingen; Verpleegafdeling;
18	Storend in de brief wanneer men moest starten met de zalf en zeep. De ene keer stond een dag meer dan de andere keer. Hierdoor was het onduidelijk wanneer ik moest beginnen met de zeep of zalf. ik heb gebruik gemaakt van het nummer dat op de voorlichtingsfolder vermeld stond. Toen ik belde konden zij mijn vertellen wanneer ik moest beginnen met de zeep en zalf.	Tegensprekende informatie in folders; Onduidelijkheid starten zalf/zeep in folders; Goede bereikbaarheid;	Voorlichtingsmateriaal; Bereikbaarheid;
19	Communicatie tussen de disciplines. Telefoongesprek was wel duidelijk, geen voorlichtingsmiddag gehad. Mevrouw heeft de voorlichtingsmiddag nooit bijgewoond, is via de telefoon benaderd door de secretaresse voor deelname aan het onderzoek.	Communicatie disciplines verbeteren; Telefonisch benaderd door secretaresse mbt deelname;	Communicatie;
20	Communicatie tussen de disciplines.	Communicatie disciplines verbeteren;	Communicatie;

Voorlichting, de formule voor therapietrouw?

21	Erg dicht op de operaties, moeilijk therapietrouw te blijven. Mw. doet de suggestie om de voorlichting naar voren te schuiven en meer tijd tussen de voorlichting en de OK te laten zitten.	Voorlichting dicht op operatie; Naar voren schuiven voorlichting;	Planning;
22	Heel veel taalfouten in de voorlichtingsfolder. Een dubbele ontkenning, wat voor onduidelijkheid zorgt. Vergeten van hoofdletters en punten. Het ziet er onprofessioneel uit. De voorlichting, veel informatie moest nog gekopieerd worden, wat veel tijd kostte, waardoor er mensen ook weggingen. Beter voorbereiding van de voorlichtingsmiddag zodat alles paraat is.	Veel taalfouten folders; Tegensprekende informatie uit folders; Slechte voorbereiding voorlichting; Geen aandacht voor MuPi protocol op afdeling;	Voorlichtingsmateriaal; Voorlichtingsmiddag; Verpleegafdeling;

Opmerkingen

Fragment#	Passage	Label	Kernthema
23	Niet bekend op de afdeling	Geen aandacht voor MuPi protocol op afdeling;	Verpleegafdeling;
24	Drie verpleegkundigen op de afdeling waren niet op de hoogte van de trial.	Geen aandacht voor MuPi protocol op afdeling;	Verpleegafdeling;
25	Op de afdeling is er niet verder gewerkt met de MuPi.	Geen aandacht voor MuPi protocol op afdeling;	Verpleegafdeling;
26	Informatieproces na de operatie kan beter, dhr. had graag gezien dat er naderhand een bedankbrief zou komen o.i.d.. Tevens is dhr. niet tevreden dat de kweekjes die na de tijd afgenomen zouden moeten worden in het ziekenhuis, niet zijn afgenomen.	Na-traject onduidelijk; Geen contact over kweekjes na operatie; Bedankbrief was wenselijk geweest;	Na-traject; Communicatie;
27	Slechte ervaring op de afdeling, hier was niks bekend over de MuPi trial. Het voelde voor mevrouw erg onaf toen zij het ziekenhuis verliet.	Geen aandacht voor MuPi protocol op afdeling; Incompleet gevoel bij ontslag;	Verpleegafdeling; Communicatie;
28	Ik heb een blaar mijn hak, ik weet niet of dit van het middel komt.	Blaar op hak;	Bijwerkingen;

Bijlage 8: Aanvullende tabellen

Cijfers	Frequentie	Percentage
3	1	3
4	3	8
5	3	8
6	5	13
7	6	16
8	16	42
9	1	3
10	2	5
Totaal	37	97
Missing	1	3
Totaal	38	100

Tabel 8.1 - Cijfers toegekend aan voorlichtingstraject

	Frequentie	Percentage
Sterk mee oneens	1	3
Mee oneens	2	5
Neutraal	1	3
Mee eens	29	76
Sterk mee eens	5	13
Totaal	38	100

Tabel 8.2 – ...heeft mij laten zien hoe ik een actieve bijdrage kan leveren aan het onderzoek

	Frequentie	Percentage
Sterk mee oneens	1	3
Mee oneens	4	11
Neutraal	22	58
Mee eens	9	24
Sterk mee eens	2	5
Totaal	38	100

Tabel 8.3 – Ik denk dat de neuszalf effectief werkt tegen complicaties van de operatie

	Frequentie	Percentage
Mee oneens	4	11
Neutraal	21	55
Mee eens	9	24
Sterk mee eens	4	11
Total	38	100

Tabel 8.4 – Ik denk dat de zeep/shampoo effectief werkt tegen complicaties van de heup/knie

Voorlichting, de formule voor therapietrouw?

		Frequentie	Percentage
Sterk mee oneens		1	3
Mee oneens		2	5
Neutraal		3	8
Mee eens		25	66
Sterk mee eens		6	16
Total		37	97
Missing	System	1	3
Totaal		38	100

Tabel 8.5 – Ik ben tevreden met de gegeven voorlichtingsmiddag

Count								
Aantal dagen gebruik			Ik denk dat de neuszalf effectief werkt tegen complicaties van de operatie					Totaal
			Sterk mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Sterk mee eens	
5 dagen	Heeft u 's ochtends en 's avonds de neuszalf gebruikt?	Ja	1	4	19	8	2	34
	Totaal		1	4	19	8	2	34
≤ 4 dagen	Heeft u 's ochtends en 's avonds de neuszalf gebruikt?	Nee			1	1		2
		Ja			2	0		2
	Totaal				3	1		4
Totaal	Heeft u 's ochtends en 's avonds de neuszalf gebruikt?	Nee	0	0	1	1	0	2
		Ja	1	4	21	8	2	36
	Totaal		1	4	22	9	2	38

Tabel 8.6 – Aantal dagen gebruikt * Heeft u 's ochtends en 's avonds de neuszalf gebruikt? * Ik denk dat de neuszalf effectief werkt tegen complicaties van de operatie

Count						
Dagen		Ik denk dat de zeep/shampoo effectief werkt tegen complicaties van de heup/knie				Totaal
		Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Sterk mee eens	
6 dagen	Compleet gewassen	1	8	3	2	14
	Incompleet gewassen	1	1	1	0	3
	Totaal	2	9	4	2	17
≤ 5 dagen	Compleet gewassen	1	5	3		9
	Incompleet gewassen	0	2	1		3
	Totaal	1	7	4		12
> 6 dagen	Compleet gewassen		4	0	1	5
	Incompleet gewassen		1	1	1	3
	Totaal		5	1	2	8
Totaal	Compleet gewassen	2	17	6	3	28
	Incompleet gewassen	1	4	3	1	9
	Totaal	3	21	9	4	37

Tabel 8.7 – Aantal dagen gebruikt * Gewassen lichaamsdelen * Ik denk dat de zeep/shampoo effectief werkt tegen complicaties van de heup/knie | Kruistabel

	Frequentie	Percentage
Nee	20	53
Ja	18	47
Totaal	38	100

Tabel 8.8 – Komen er in het antwoord woorden als infectie, ontsteking of bacteriën voor

		Frequentie	Percentage
Heeft u de neuszalf weleens bewust overgeslagen?	Nee	38	100,0%
	Ja	0	0,0%

Tabel 8.9 – Bewust overgeslagen neuszalf

		Frequentie	Percentage
Heeft u het wassen met de zeep weleens bewust overgeslagen?	Nee	38	100,0%
	Ja	0	0,0%

Tabel 8.10 – Bewust overgeslagen zeep/shampoo

	Frequentie	Percentage
Sterk mee oneens	17	45%
Mee oneens	20	53%
Mee eens	1	3%
Totaal	38	100%

Tabel 8.11 - Ik maakte mij zorgen over het gebruik van de neuszalf

	Frequentie	Percentage
Sterk mee oneens	19	50%
Mee oneens	18	47%
Mee eens	1	3%
Totaal	38	100%

Tabel 8.12 - Ik maakte mij zorgen over het gebruik van de zeep/shampoo

Count						
Dagen		Ik snap de werking van de zeep/shampoo				Totaal
		Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Sterk mee eens	
6 dagen	Compleet Gewassen	1	1	9	3	14
	Incompleet Gewassen	1	0	2	0	3
	Totaal	2	1	11	3	17
≤ 5 dagen	Compleet Gewassen	2	2	4	1	9
	Incompleet Gewassen	0	1	2	0	3
	Totaal	2	3	6	1	12
> 6 dagen	Compleet Gewassen		1	3	1	5
	Incompleet Gewassen		0	2	1	3
	Totaal		1	5	2	8
Totaal	Compleet Gewassen	3	4	16	5	28
	Incompleet Gewassen	1	1	6	1	9
	Totaal	4	5	22	6	37

Tabel 8.13 – Aantal dagen gebruik * Gewassen lichaamsdelen * Ik snap de werking van de zeep/shampoo | Kruistabel

	Frequentie	Percentage
Sterk mee oneens	1	3%
Mee eens	31	82%
Sterk mee eens	6	16%
Totaal	38	100%

Tabel 8.14 - Het lukte mij goed om de zeep/shampoo aan te brengen zoals voorgeschreven

	Frequentie	Percentage
Mee eens	25	66%
Sterk mee eens	13	34%
Total	38	100%

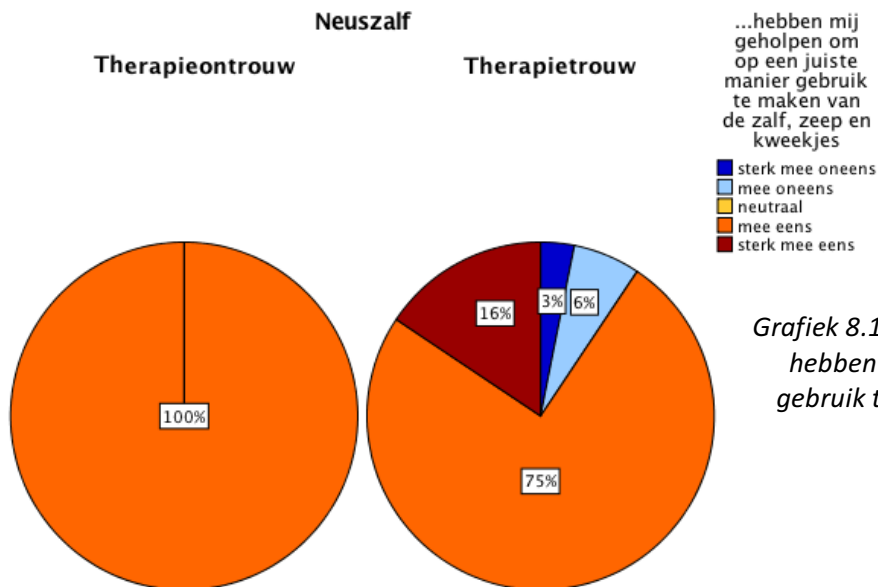
Tabel 8.15 - Het lukte mij goed om de zalf aan te brengen zoals voorgeschreven

	Frequentie	Percentage
Sterk mee oneens	1	2,6
Mee oneens	2	5,3
Neutraal	2	5,3
Mee eens	26	68,4
Sterk mee eens	7	18,4
Totaal	38	100,0

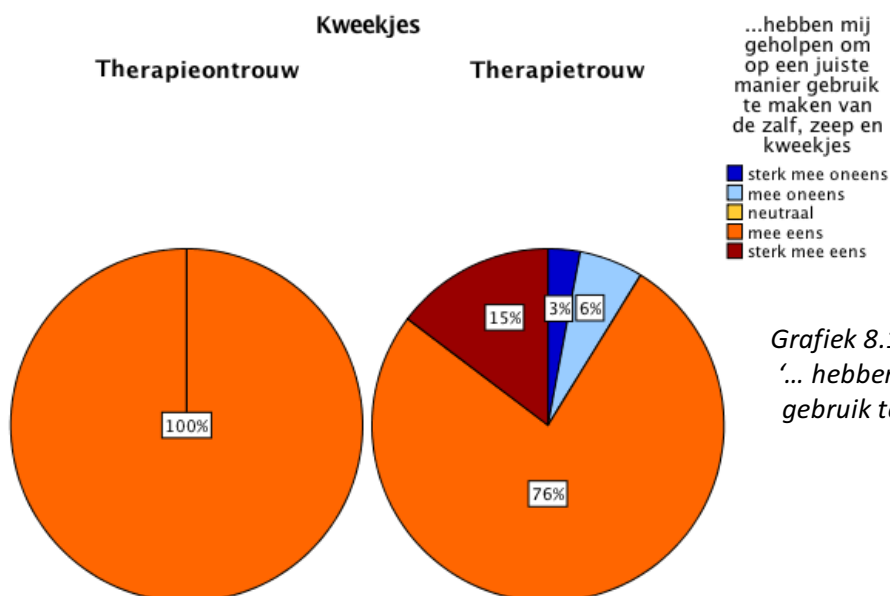
Tabel 8.16 - ... bevatten voor mij begrijpelijke

	Frequentie	Percentage
Sterk mee oneens	1	2,6
Mee oneens	2	5,3
Mee eens	30	78,9
Sterk mee eens	5	13,2
Total	38	100,0

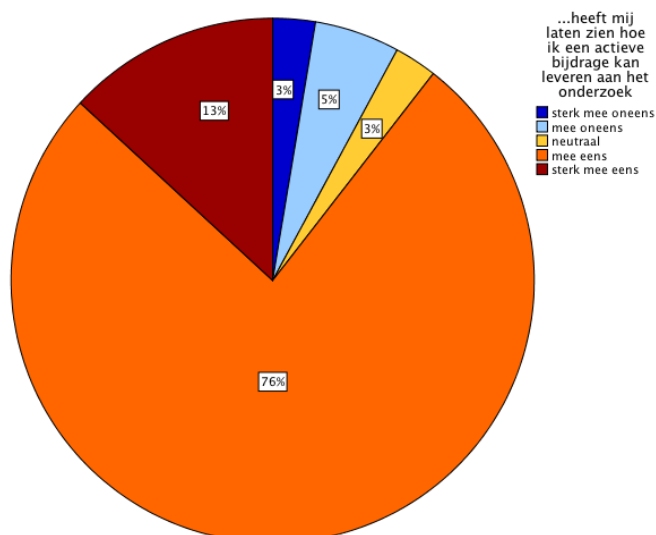
Tabel 8.17 – ‘... hebben mij geholpen om op een juiste manier gebruik te maken van de zelf, zeep en kweekjes’



Grafiek 8.18 – Therapietrouw neuszalf tegenover ‘... hebben mij geholpen om op een juiste manier gebruik te maken van de zalf, zeep en kweekjes’



Grafiek 8.19 – Therapietrouw kweekjes tegenover ‘... hebben mij geholpen om op een juiste manier gebruik te maken van de zalf, zeep en kweekjes’



Grafiek 8.20 – ‘...heeft mij laten zien hoe ik een actieve bijdrage kan leveren aan het onderzoek.’